

Recopilación de datos sobre el comportamiento necesarios para los programas nacionales de VIH, SIDA e infecciones de transmisión sexual

Informe y conclusiones de un Taller realizado
conjuntamente por IMPACT, FHI y ONUSIDA

Mayo 1998



Recopilación de datos sobre el comportamiento necesarios para los programas nacionales de VIH, SIDA e infecciones de transmisión sexual

**Informe y conclusiones de un Taller realizado
conjuntamente por IMPACT, FHI y ONUSIDA**

MAYO 1998

Edición en español, enero 2002

*Este documento fue elaborado por Elizabeth Pisani, Tim Brown, Tobi Saidel,
Thomas Rehle y Michel Carael*



Índice

1.	Introducción.....	1
2.	¿Por qué debe observarse el comportamiento?	3
3.	La relación entre los datos del comportamiento y los de la vigilancia serológica del VIH.....	9
4.	Información necesaria para comprender y observar el comportamiento.....	13
5.	Veracidad de las respuestas acerca de los comportamientos sexuales y de uso de drogas.....	27
6.	Combinación de métodos de recopilación de datos que se recomienda usar	29
7.	Los pasos siguientes	43
8.	La recopilación permanente de datos sobre el comportamiento a lo largo del tiempo.....	45
	Bibliografía	47
	Anexo	49
	Agradecimientos	51

1

Introducción

La diseminación del VIH continúa en la mayoría de los países del mundo. Si bien cada vez se conoce más sobre el virus, aún no se ha logrado documentar muchos aspectos de la epidemia relacionados con el comportamiento, los cuales no se conocen bien. Ha sido difícil interpretar los cambios de las tasas de infección por VIH a lo largo del tiempo y en diversos medios, dado que los programas no cuentan con información complementaria sobre los cambios del comportamiento. A menudo los programas nacionales de prevención se elaboran sin saber el tamaño de los varios grupos de población vulnerables a la infección por VIH, ni la naturaleza ni factores determinantes de riesgo que los afectan. No se sabe a ciencia cierta la forma en que los programas de prevención afectan el comportamiento, dado que no se recopila información sobre el comportamiento y, cuando la hay, es muy incompleta.

Hasta cierto punto estos vacíos del conocimiento son característicos de la infección por VIH. El virus se transmite principalmente como causa de comportamientos privados, a veces ilícitos, sobre los que no se puede hablar francamente, como la conducta sexual y el uso de drogas. Por otra parte, estos comportamientos son muy dinámicos; a veces cambian drásticamente y rápidamente a medida que surgen cambios sociales y económicos en los países. No obstante, los comportamientos *son* el motor de la epidemia y, a no ser que se haga un esfuerzo por entenderlos mejor y cuantificarlos más exactamente, no será

posible medir los riesgos que afectan a la población, determinar cuáles son los grupos cuyo riesgo es mayor ni los cambios del comportamiento que pueden aumentar o reducir los riesgos del VIH o la vulnerabilidad al virus. Como resultado, los recursos se usarán de manera deficiente y la respuesta generada sólo tendrá una eficacia limitada.

En años más recientes, muchos programas nacionales de SIDA han iniciado la recopilación de información sobre los comportamientos de riesgo en relación con la infección por VIH, en colaboración con instituciones

nacionales e internacionales. En algunos países esta información se considera extremadamente valiosa cuando se usa para persuadir de la necesidad de apoyar las actividades que se realizan en la lucha contra la infección por VIH. La información también sirve para diseñar y dirigir programas eficaces destinados a reducir los comportamientos de riesgo y para demostrar que la población efectivamente está adquiriendo conductas más seguras.

A medida que ha aumentado la experiencia relacionada con la recopilación de datos sobre los comportamientos, se ha mostrado que las necesidades nacionales varían según el país y que los datos pueden satisfacer dichas necesidades de diversas maneras, utilizando métodos e instrumentos diferentes.

En este documento se describe el aporte que pueden hacer los datos sobre los comportamientos a la planificación, ejecución y monitoreo de las actividades de prevención del VIH. Aquí se analizan los instrumentos disponibles y se recomienda la recolección de un mínimo de datos para cada situación, según la etapa de la epidemia en que se encuentre el país. El documento tiene por objeto servir de guía a los programas nacionales para llevar a cabo evaluaciones del comportamiento y hacer el monitoreo de las actividades en función de la programación, dirección y evaluación de los programas.

El documento, producto de la colaboración de Family Health International y ONUSIDA, recoge la experiencia que han tenido diversas organizaciones y países en la recolección de datos sobre el comportamiento.

2

¿Por qué debe observarse el comportamiento?

Durante el primer decenio de la epidemia del VIH, muchos países destinaron sus recursos a seguir de cerca la diseminación del virus como tal. Mientras que en los países industrializados se llevaba a cabo la notificación de los casos de SIDA, en muchos países en desarrollo, especialmente en aquellos ubicados al sur del Sahara, se establecieron sistemas de vigilancia centinela para detectar la dispersión del VIH. Esta consiste en obtener sangre con un propósito específico (por ejemplo, para pruebas de sífilis a mujeres embarazadas), de la cual se destina una parte para realizar una prueba de detección del VIH luego de haberle eliminado la identificación personal. En teoría, estos datos sirven para indicar el grado en que la infección por VIH afecta a la población general.

Dado que las personas infectadas por el VIH pueden permanecer asintomáticas por 10 o más años, las tasas de prevalencia del VIH representan una combinación de infecciones recientes y antiguas. Por lo tanto, la tasa de prevalencia demora mucho en reflejar los cambios producidos por las nuevas infecciones. El hecho de que estas tasas se mantengan constantes o disminuyan podría ser un indicio de que la población está tomando precauciones con respecto a su comportamiento y que, en consecuencia, el número de nuevos infectados es menor que en años anteriores. No obstante, también podría ser que las personas infectadas por el VIH hayan sido eliminadas del grupo

de individuos que se somete a pruebas de detección del virus debido a que han fallecido, se han trasladado o están demasiado enfermas y no pueden acudir a los centros donde se hacen los exámenes de detección.

Más aún, las tasas constantes o en disminución también podrían estar indicando que todas las personas con riesgo de contagio ya se han infectado o que el grupo de personas que se hace el examen de detección ha cambiado con el transcurso del tiempo. La relación entre la incidencia y la prevalencia del VIH es tan compleja que, incluso en algunos casos, una prevalencia en descenso podría estar encubriendo una incidencia

creciente de la infección, especialmente entre la juventud.

En resumen, las tasas de prevalencia del VIH no son un buen indicador de los cambios en la incidencia; tampoco sirven para evaluar el éxito de los programas destinados a reducir el número de nuevas infecciones. ¿Qué opciones hay? Es muy difícil medir la incidencia del VIH, dado que para ello habría que someter repetidamente a la prueba de detección del virus al mismo grupo de personas a lo largo del tiempo. Otra opción sería la utilización de métodos muy caros para hacer el examen a un gran número de personas para detectar sólo un pequeño número de nuevas infecciones.

Otros marcadores físicos del riesgo asociado con el comportamiento sexual, mejores que la infección por VIH, son las infecciones de transmisión sexual (ITS) curables. Las tasas de prevalencia de las ITS de origen bacteriano dan una visión más exacta de las tasas de incidencia, dado que por lo general reciben tratamiento antibiótico al momento de ser diagnosticadas. Sin embargo, en la mayoría de los países la vigilancia de las ITS es de peor calidad que la vigilancia del VIH. En muchos países en los que los datos de la vigilancia se obtienen del sector público pero donde la mayor parte de la atención se da en el sector privado, la información es muy incompleta.

Si bien existen grandes dificultades para medir los cambios en el número de nuevas infecciones por VIH y ITS, sí es posible detectar cambios en los comportamientos que llevan a las personas a infectarse. Son varias las razones que justifican la vigilancia del comportamiento, y su importancia depende del grado de dispersión del VIH en un país y de las comunidades que están afectadas por la infección.

2.1.- Los datos del comportamiento sirven de sistema de alerta temprana en relación con el VIH y las infecciones de transmisión sexual

Los comportamientos de riesgo no se distribuyen de manera uniforme en la población. En términos generales, algunos subgrupos de la población o comunidades pueden asumir conductas de riesgo en mayor grado que otros grupos. El tipo de poblaciones o comunidades de mayor vulnerabilidad puede variar enormemente de un país a otro; por lo tanto, podría ser necesario definir estos grupos localmente en cuanto a su ocupación, situación migratoria, orientación sexual, ubicación geográfica, ingresos económicos u otros factores. Los datos del comportamiento pueden servir para determinar localmente qué grupos de la población o comunidades tienen mayor riesgo y para señalar las rutas que podría seguir la diseminación del virus si no se hiciera nada por detenerla.

La misma información puede ser útil para indicar el grado en que la población general asume comportamientos de riesgo y los "puentes" entre la población general y los grupos más vulnerables. Cuando estos puentes son fuertes, la urgencia de detener la transmisión del VIH en subgrupos o comunidades vulnerables es mayor; asimismo, constituye un elemento fundamental de las actividades de prevención para detener el curso de la infección en la población como un todo.

Este tipo de información sobre los comportamientos puede ser un llamado a la acción para mucha gente (como políticos, líderes religiosos y de la comunidad y personas con riesgo), ya que le da un carácter real a la amenaza del VIH en lugares donde ésta es aún

invisible. Estos datos son un elemento poderoso para llamar a la acción.

2.2.- Los datos del comportamiento como insumo para diseñar y dirigir programas eficaces

La vigilancia de la infección por VIH que se hace en un país tiene por objeto desacelerar la diseminación del virus con el establecimiento de programas de prevención eficaces. La prevención eficaz es aquella que habilita a las personas para que adopten comportamientos de menor riesgo y se protejan de las conductas peligrosas de sus parejas. No obstante, no basta con saber quiénes están en riesgo; también es necesario determinar por qué estas personas toman estos riesgos, estimularlas a reducirlos, darles conocimientos sobre prevención y habilidades para ponerla en práctica, mejorar su acceso a los medios apropiados de prevención y darles un entorno de apoyo social y político que propicie el cambio de comportamiento. Lo anterior conlleva la necesidad de contar con información cualitativa que sirva para aclarar los factores de riesgo determinantes en cada subgrupo de población y situación específica.

Sin conocer el medio que determina los comportamientos de riesgo ni la forma de éste entre los grupos y situaciones específicas de riesgo, no es posible dar opciones de comportamiento que sean pertinentes y seguras, ni darles un apoyo eficaz. En consecuencia, los datos de la investigación de los comportamientos pueden servir tanto a las comunidades como a los planificadores de programas para proponer iniciativas cuyo objeto sea romper la cadena de transmisión en un determinado país, región o grupo.

Es más, los datos de la investigación del comportamiento pueden dar información cuantitativa

sobre las personas cuyo riesgo es mayor, ya sea en cuanto a adquirir o traspasar la infección por VIH; también señalan a qué se debe su situación. Dichos datos sirven para documentar la magnitud del riesgo en ciertas comunidades que podrían tener mayor vulnerabilidad en cuanto a una diseminación rápida del VIH. También pueden usarse para determinar las características individuales con respecto al riesgo de infección y así poder establecer prioridades entre las acciones de prevención y lograr un efecto máximo de su ejecución.

2.3.- La vigilancia del comportamiento mejora la evaluación de los programas

Un buen sistema de obtención de datos sobre el comportamiento puede dar un panorama de los cambios del comportamiento sexual y de consumo de drogas a lo largo del tiempo, tanto entre la población general como entre los grupos más vulnerables. El sistema registrará los descensos de las relaciones sexuales de riesgo, los comportamientos de riesgo que permanecen constantes y los cambios en los patrones de riesgo. Los cambios pueden dar una indicación del éxito del programa global de actividades dirigidas a estimular las conductas más seguras y reducir la diseminación del VIH entre la población general y los grupos más vulnerables.

Para conseguir apoyo para realizar actividades de prevención de manera continua, es fundamental demostrar que el comportamiento puede cambiar como resultado de acciones nacionales dirigidas a reducir las relaciones sexuales peligrosas y el consumo de drogas. No obstante, si bien los datos sobre el comportamiento pueden ayudar a documentar estos cambios, hay que aceptar que *no* se puede mostrar una relación causal

directa entre una intervención y un cambio en un comportamiento en particular. La mayoría de las personas recibe información de diversas fuentes y toma sus decisiones con base en un sinnúmero de criterios muy complejos. La información o las actividades que se realicen como parte de un programa de prevención contribuirán a las decisiones y comportamiento que elijan las personas, pero hay muchos otros factores que entran en este proceso. Es muy raro que los datos sobre el comportamiento informado por la propia gente sirvan para aislar y atribuir el cambio a un componente específico de un programa.

2.4.- Los cambios del comportamiento contribuyen a explicar los cambios en la prevalencia de la infección por VIH

Según lo descrito en párrafos anteriores, los cambios de comportamiento y la reducción resultante del número de nuevas infecciones por VIH es sólo una de las razones que explica el cambio en los datos de prevalencia de la infección. Sin duda, es la explicación más alentadora para las personas cuya meta es reducir la diseminación del virus. No obstante, si no se recopilan datos que muestren las tendencias de los comportamientos en el transcurso del tiempo, los evaluadores no podrán determinar si el comportamiento efectivamente contribuye a los cambios en la prevalencia del VIH.

Asimismo, la obtención exclusiva de datos sobre la prevalencia de la infección por VIH, sin complementarlos con información sobre el comportamiento, puede generar conclusiones erróneas. Cuando la prevalencia del VIH alcanza un nivel contante, aunque ése sea muy alto, se

genera una especie de conformismo: el problema ya llegó a su máximo; no puede empeorar. Ésta es una falacia peligrosa. Por ejemplo, la prevalencia entre las personas que se inyectan drogas en Bangkok se ha mantenido constante por alrededor de 10 años. Sin embargo, algunos estudios muy cuidadosos de cohortes de usuarios de drogas han mostrado que este grupo de individuos sigue contagiándose con el VIH a razón de 5% a 10% por año. La estabilidad de la prevalencia es el resultado de que el número de nuevas infecciones en esta población es aproximadamente igual al número que se elimina del grupo, ya sea por defunción o por abandono del hábito de inyección.

Los datos del comportamiento que señalan que no se ha reducido el grado de actividades de riesgo, o que el riesgo se mantiene constante en ciertos grupos de edad o sectores de la población, deberían ser un llamado de atención, aun cuando la prevalencia permanezca estable. Hay muchos factores que, aunque no guarden relación con las intervenciones, pueden contribuir a una estabilización o disminución de la prevalencia del VIH observada en un medio determinado. Entre ellos se encuentran la mortalidad (especialmente en las epidemias maduras), el efecto de saturación de los subgrupos de población expuestos a más riesgo, cambios migratorios relacionados con la epidemia, sesgos de muestreo y errores de la recolección y análisis de los datos.

2.5.- Los datos del comportamiento pueden servir para explicar las variaciones de la prevalencia

Si bien para las comparaciones de regiones, culturas y países deben hacerse con suma cautela, los datos del comportamiento también pueden servir

para explicar las diferencias de magnitud de la epidemia entre una región y otra. En especial, esto se da cuando los indicadores de comportamientos de riesgo son uniformes en todos los estudios y encuestas al utilizar las mismas expresiones y períodos de referencia.

3

La relación entre los datos del comportamiento y los de la vigilancia serológica del VIH

Dado que la relación entre la incidencia y la prevalencia del VIH se hace más compleja a medida que madura la epidemia, ONUSIDA y sus copatrocinadores están promoviendo que se establezcan los sistemas de vigilancia centinela o se refuercen los ya existentes para llevar a cabo la vigilancia de “segunda generación”; los datos del comportamiento son un componente de la vigilancia de segunda generación. Estos sistemas concentran su actividad en los sectores de la población general donde se produce el mayor número de nuevas infecciones, especialmente en la juventud. La prevalencia de la infección por VIH entre la gente joven en cierta manera representa la incidencia, dado que este grupo de la población sólo ha iniciado su actividad sexual recientemente.

Así, los programas nacionales pueden obtener un indicador aproximado de la incidencia para complementar los datos de prevalencia que se estén recopilando. Al agregar datos sobre el comportamiento a la vigilancia de segunda generación, es posible comparar información sobre el comportamiento con la de la vigilancia serológica. Como resultado, los programas nacionales logran un mejor conocimiento de las tendencias actuales observadas de la epidemia del VIH y pueden explicar su evolución.

Cualquier sistema que tenga por objeto recopilar datos de naturaleza delicada, como es la información sobre el estado de infección o la relacionada con conductas sexuales o de uso de drogas, debe contemplar medidas para disminuir los sesgos al mínimo. Ésta es la razón que ha llevado a realizar la vigilancia serológica en clínicas de atención prenatal de manera anónima y no ligada, utilizando muestras de sangre obtenidas con otro propósito y como parte de la atención rutinaria (por ejemplo, para pruebas de sífilis). El

método anónimo no ligado reduce el sesgo que puede surgir cuando las personas rehusan dar una muestra de sangre para detección del VIH.

Asimismo, es probable que cuando se seleccione una muestra de mujeres jóvenes para preguntarles sobre sus comportamientos sexuales y de uso de drogas, algunas se nieguen a la entrevista. Más aún, si fuera a solicitarse de estas mujeres una muestra de sangre *más* una entrevista sobre comportamientos de riesgo, la proporción de personas que rehusa participar podría ser bastante alta.

Además, al margen de las dificultades operativas, éticas y prácticas, las respuestas de las mujeres en estado avanzado de embarazo a preguntas sobre su comportamiento sexual y uso del condón no serán las típicas de la población general. Por otra parte, las tendencias del comportamiento sexual de los clientes varones de las clínicas de ITS son difíciles de interpretar, dado que esos hombres, por definición, tienen conductas de alto riesgo de algún tipo.

En consecuencia, para reducir los sesgos al mínimo, preservar la validez de los datos serológicos y obtener datos menos sesgados sobre el comportamiento de la población como un todo, generalmente se recomienda que las muestras de sangre no se obtengan de los mismos individuos que responden a las entrevistas sobre el comportamiento. No obstante, para establecer una relación clara entre comportamiento y prevalencia del VIH en la comunidad, ambos datos deben obtenerse de *la misma población de origen*. Estas dos recomendaciones no son incompatibles, ya que no es necesario que la sangre se obtenga de los mismos individuos que participan en las entrevistas, si bien ésta sería la situación de mayor potencial. Sí es necesario que pueda determinarse la relación entre la

población que aporta la información serológica y la que responde sobre el comportamiento.

Para poder determinar estas relaciones, debe definirse cuidadosamente la población que acude al sitio centinela clave (por ejemplo, una clínica urbana de atención prenatal); la información sobre el comportamiento debe obtenerse de una muestra aleatoria de los hogares de la zona de cobertura de ese sitio centinela. Cuando esta estrategia forma parte de las encuestas nacionales o regionales sobre el comportamiento, habría que obtener deliberadamente muestras más grandes entre las poblaciones de la zona de cobertura de los sitios centinela más importantes.

En vista de que las mujeres que se atienden en clínicas prenatales no han sido seleccionadas aleatoriamente de la población, sus características podrían ser significativamente diferentes de las del resto de la población de origen. Por ejemplo, las mujeres jóvenes atendidas en estas clínicas por lo general son una porción del total de la población de mujeres jóvenes que han iniciado su actividad sexual a una edad menor que el promedio. Por lo tanto, para poder asociar los datos del comportamiento con los de prevalencia del VIH, se recomienda que se haga un mínimo de preguntas sociodemográficas a todas las clientes de las clínicas prenatales que constituyen los sitios centinela. Debe obtenerse la edad, número de embarazos a la fecha, intervalo entre este embarazo y el nacimiento anterior, grado de escolaridad, ocupación y tiempo de residencia en la zona (como indicador de movimiento de población). Los indicadores así obtenidos podrán compararse con los de la población que participa en las encuestas sobre el comportamiento para detectar diferencias sistemáticas entre ambos

grupos y hacer los ajustes necesarios en el análisis.

Existe otra forma más directa de relacionar el comportamiento con el estado de infección: encuestas de población en las que se obtienen simultáneamente datos sobre ambos aspectos. Este método ha tenido un éxito variable. En algunos países se agregó la prueba de detección del VIH a las encuestas de población, estrategia que resultó exitosa. En esos casos, se obtuvieron muestras de sangre o saliva, anónimas, luego de que el participante daba su consentimiento informado (a todos los encuestados se les ofreció la oportunidad de recibir orientación y la opción de hacerse la prueba de detección en un medio externo al proyecto de investigación, si es que querían conocer su propio estado de infección). Por el contrario, en otros países, la proporción de individuos que rechazó hacerse las pruebas de detección como parte de las encuestas de población fue muy alta, lo cual hace muy difícil la generalización de los resultados. Además, las personas a las cuales no se puede llegar por medio de la encuesta de hogar (por ejemplo, porque viajan con frecuencia), podrían tener una gran posibilidad de estar infectadas con el VIH.

4

Información necesaria para comprender y observar el comportamiento

Las formas de obtener datos sobre el comportamiento son muchas. En esta sección se describen las fortalezas y debilidades de los métodos que se aplican más frecuentemente para satisfacer las necesidades relacionadas con la planificación y evaluación de los programas nacionales. Es probable que algunas de estas estrategias ya estén aplicándose en algunos países. En la mayoría de ellos se usará una mezcla de tácticas para obtener datos sobre el comportamiento, según las características de la epidemia en el momento actual, la respuesta a la misma y el entorno político y social del país.

Sea cual sea el método que se elija, es importante que su elección y diseño se hagan de acuerdo con las necesidades del país, ya que los datos deberán ser fiables y pertinentes a las medidas que se puedan tomar para prevenir la diseminación del virus. De lo contrario, los datos serán de escaso uso práctico. Por lo tanto, los datos sobre el comportamiento recopilados deberán servir para comprender a fondo los patrones de comportamiento y la distribución del riesgo entre la población. Asimismo, los sistemas que se establezcan para vigilar los riesgos asociados al comportamiento deberán nutrir el diseño, dirección y evaluación de las actividades de prevención.

Cuando los directores de los programas vayan a decidir los datos a recopilar en cada país, deberán tener presente que algunos grupos de la población y ciertas características de vulnerabilidad tendrán más eco en los políticos y el público que otros. A menudo se observa que el apoyo político a las actividades de prevención que se realizan con grupos socialmente marginados pero muy vulnerables es débil. Los estudios del comportamiento pueden servir para conseguir apoyo para estas actividades, que son indispensables. Los datos pueden demostrar que el comportamiento de riesgo y la vulnerabilidad de la población general o de grupos de importancia política están

estrechamente relacionados con el riesgo de esas poblaciones más vulnerables.

4.1.- Los programas nacionales y la recopilación de datos sobre el comportamiento

Los directores de los programas nacionales de SIDA deberán asumir la responsabilidad de coordinar la recopilación de datos sobre el comportamiento sexual y de uso de drogas, dado que el funcionamiento eficaz de los programas debe darse a partir de una evaluación realista de los comportamientos de riesgo. Los programas también deberán analizar su propio impacto al evaluar los cambios de comportamiento a lo largo del tiempo. También habrán de garantizar que la obtención de datos supla las necesidades de información nacionales y programáticas. No obstante, NO es necesario que los programas nacionales asuman la responsabilidad de llevar a cabo la recopilación de datos por sí mismos. Si bien es posible que algunos programas puedan llevar a cabo esta actividad, a menudo su capacidad y recursos humanos son limitados, por lo cual deberán aprovechar la colaboración externa o usar otros recursos para obtener datos sobre el comportamiento.

Es probable que existan encuestas de salud, fecundidad o salud reproductiva que fácilmente podrían agregar un módulo de comportamiento sexual en futuras rondas de recolección de información. Las Encuestas Demográficas de Salud internacionales son un ejemplo de tales actividades y en muchos países se llevan a cabo periódicamente encuestas nacionales similares. A menudo, los centros de enseñanza, organizaciones no gubernamentales y empresas privadas de investigación de mercados han

realizado estudios del comportamiento como parte de sus propias actividades de investigación, prevención y promoción comercial.

A veces estos estudios se llevan a cabo periódicamente y, en los casos en que sea posible, pueden servir de insumo a los sistemas nacionales de recopilación de información sobre el comportamiento, aportar ideas para establecer un sistema nuevo de recolección de datos o mejorar los existentes. Asimismo, los programas nacionales a menudo usan la capacidad de las universidades, organizaciones no gubernamentales o del sector privado para hacer investigaciones sobre el comportamiento, y consiguen recursos de otras fuentes para apoyar el trabajo.

En consecuencia, la responsabilidad de los directores de los programas nacionales en cuanto a la recopilación de datos debe concentrarse en determinar la información que se necesita; planificar y coordinar las actividades de organizaciones nacionales, internacionales y bilaterales y los recursos para satisfacer las necesidades definidas, e identificar las instituciones más capaces de llevar a cabo la investigación con los métodos recomendados. Así se podrá generar interés entre las instituciones nacionales seleccionadas y sus socios con el fin de obtener datos de buena calidad y establecer sistemas sostenibles de recopilación de datos para los programas nacionales.

4.2.- Elementos clave de los sistemas de recopilación de datos sobre el comportamiento

Para establecer cualquier tipo de sistema de información sobre el comportamiento, es necesario llevar a cabo una evaluación preliminar cuidadosa de la situación, si es que no se ha hecho anteriormente. La evaluación

consta de varios elementos que incluyen: el análisis de los estudios y fuentes de datos sobre el comportamiento existentes en el país; una determinación rápida de los riesgos relacionados con el comportamiento y su ubicación en mapas; información sobre quiénes son las personas que se encuentran en riesgo de contraer la infección, e investigación formativa cualitativa para determinar cuáles son las oportunidades y métodos más apropiados para promover el cambio de comportamiento y los obstáculos que los limitan.

Como primer paso es necesario realizar un análisis de los datos existentes. Éste debe llevarse a cabo periódicamente, de modo que los programas nacionales puedan comprender mejor los cambios de comportamiento, que a menudo son muy dinámicos. Así también podrá evitarse la duplicación de esfuerzos y el desperdicio de recursos.

En la mayoría de los países ya se han realizado estudios pequeños sobre el comportamiento que han estado a cargo de diversas universidades, organizaciones no gubernamentales y empresas privadas. Estas organizaciones realizan grupos focales y entrevistas en profundidad, a menudo para lanzar un producto al mercado (una nueva marca de condones, por ejemplo). Este tipo de investigación cualitativa puede señalar los subgrupos de la sociedad que tienen mayor riesgo y las actitudes o comportamientos que es necesario cambiar para disminuir el riesgo de las relaciones sexuales y el uso de drogas. Es posible que algunas de estas organizaciones, incluso las gubernamentales, también hayan realizado estudios cuantitativos sobre el comportamiento, como encuestas de mercadeo o de salud reproductiva. Antes de embarcarse en nuevas evaluaciones o vigilancia del

comportamiento, es necesario analizar detalladamente los datos disponibles para determinar qué se sabe y los temas más importantes, señalar los vacíos en la información actual y seleccionar los métodos y estrategias que podrían ser más eficaces en el medio local. Este análisis servirá para que los programas nacionales puedan definir la información adicional con que deben contar para formular políticas y programas pertinentes.

Si en el análisis descrito en el párrafo anterior se descubren temas sobre los que la información es escasa, los programas nacionales deberán llevar a cabo una evaluación preliminar rápida con el fin de llenar los vacíos más urgentes en el conocimiento de los comportamientos de riesgo de la población general y de subgrupos más vulnerables. La evaluación preliminar, que por lo común toma alrededor de seis meses, tiene tres objetivos principales. El primero es ayudar al programa nacional a establecer prioridades entre las acciones de prevención, al señalar los comportamientos que conducen a la epidemia localmente y determinar el tamaño de las diversas poblaciones de mayor riesgo.

El segundo objetivo es contribuir al diseño de programas de prevención eficaces al mejorar el conocimiento de los factores que influyen en los comportamientos de riesgo, identificar los factores que contribuyen y los que impiden el cambio de comportamiento, y seleccionar métodos y estrategias apropiados y aceptables a las poblaciones de mayor importancia desde el punto de vista epidemiológico y del comportamiento. Por último, un tercer objetivo es proporcionar los insumos para elaborar instrumentos que permitan evaluar el comportamiento a largo plazo en el país; esta actividad es necesaria para determinar de manera

constante las necesidades de prevención y evaluar la eficacia de los programas de prevención. La evaluación preliminar utilizará bastante los diversos métodos cualitativos, incluso los de evaluación rápida, ubicación de las poblaciones y comportamientos de mayor riesgo en mapas geográficos y sociales, entrevistas en profundidad y con informantes clave y grupos focales. La siguiente sección de este documento analizará esos métodos en detalle.

Los sistemas de recopilación de datos sobre el comportamiento que tengan por objeto seguir los cambios de conducta a lo largo del tiempo tendrán que utilizar como mínimo dos métodos transversales:

- Uno para la población general (con base en encuestas de hogar), como los que se describen en *Evaluation of a National AIDS Programme: A Methods Package*. Ginebra:OMS/PMS:1994.
- Encuestas en serie sobre el comportamiento de ciertos grupos de población (distintas de las encuestas de hogar), como las descritas en *HIV Risk Behavioural Surveillance: Methodology and Issues in Monitoring HIV Risk Behaviours*. Resumen de un taller. Bangkok: Family Health International; 1997.

Después de que se hayan establecido estos sistemas, los programas nacionales deberán seguir utilizando los métodos cualitativos, según sea necesario, para obtener una mayor comprensión de los riesgos relacionados con el comportamiento o para analizar los factores que influyen sobre los cambios detectados por los sistemas de seguimiento del comportamiento.

Siempre habrá que complementar la recopilación de los datos sobre el comportamiento con otra

información, de modo que se puedan verificar las tendencias observadas y los resultados de los estudios. Así se genera un sistema triangular que permite confirmar si los datos informados por los propios individuos sobre su comportamiento y los indicadores biológicos y programáticos son coherentes entre sí. Por ejemplo, el descenso de la notificación de casos de ITS puede compararse con la información que indica una reducción de los comportamientos de riesgo. Asimismo, los datos de estudios sobre el uso del condón pueden compararse con las ventas de preservativos en una región o país determinado.

4.3.- Evaluaciones rápidas, mapeo y estudios cualitativos

Descripción

Estos tres métodos se han utilizado en diversos campos y pueden aplicarse al estudio de los comportamientos de riesgo, especialmente cuando se refieren a poblaciones a las que no se puede llegar con facilidad y sobre las cuales los programas nacionales tienen escasos conocimientos.

La evaluación rápida generalmente utiliza un grupo de investigadores, con diversas experiencias (encuestas, grupos focales, investigación antropológica), que trabaja muy de cerca con los miembros de la comunidad que se estudia, con el fin de obtener un panorama rápido y completo de la situación de los riesgos en esa comunidad y los factores que influyen sobre ella. Esta visión se obtiene cuando se emplea una combinación de estrategias que incluye entrevistas en profundidad, grupos focales, observación de la comunidad y encuestas cortas y rápidas (de sólo unas pocas preguntas pertinentes). Al utilizar

varios métodos se consigue detectar y resolver incoherencias de la información obtenida en el terreno y, al cabo del estudio, dar al equipo de investigadores y a la comunidad una visión más clara de la situación. Normalmente, el estudio completo dura de uno a dos meses en el terreno, más el tiempo necesario para la preparación y el análisis. Es indispensable compartir el análisis con los miembros de la comunidad, quienes evaluarán la exactitud de los resultados.

Los métodos de mapeo sirven para conocer el número de sitios o entornos de un riesgo en particular o el tamaño de la comunidad que tiene la conducta de riesgo. Cuando se usa este método, el equipo de investigadores determina el tipo de entornos en los que se manifiestan los comportamientos de riesgo o en los que la comunidad se reúne. Luego, se trata de marcar sistemáticamente en un mapa esos entornos por medio de una combinación de mapas geográficos, métodos de “bola de nieve” y otras tácticas. En los mapas geográficos los investigadores agotan un área en particular y marcan en un mapa la ubicación de sitios organizados (como establecimientos donde se practican las relaciones sexuales comerciales), los clasifican según su tipo y llevan a cabo estudios etnográficos sobre la situación de riesgo que en ellos se da. Incluso en el caso de grandes ciudades es posible elaborar un mapa de esta naturaleza en menos de un mes. El método de bola de nieve generalmente es más apropiado para llegar a comunidades muy ocultas, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Para llevarlo a cabo se identifican informantes clave que señalan los puntos de entrada a la comunidad; luego se establece una red de contactos que se trata de seguir para hacer un diagrama de la situación actual. Estos métodos pueden complementarse con técnicas de captura-recaptura para calcular el

tamaño de un grupo de población específico que tenga prácticas de riesgo. Los datos que se obtengan por medio de estas técnicas no podrán compararse con exactitud a lo largo del tiempo, debido a que los individuos estudiados no serán seleccionados aleatoriamente del total de la población de interés. Por ello, tampoco serán representativos de dicha población. No obstante, es mejor contar con información imperfecta que no tener información, especialmente de los grupos de población a los cuales no es fácil llegar.

Los métodos de investigación cualitativa, incluso los grupos focales, entrevistas en profundidad e informantes clave, tienen el propósito de dar una visión más clara de las situaciones de riesgo. Los grupos focales consisten en seis a cuatro personas, miembros de la comunidad que se estudia, que se reúnen para discutir en detalle un pequeño número de temas. Se hace hincapié en la interacción entre los miembros del grupo; participa también un moderador que estimula la conversación activa entre los miembros del grupo. En las entrevistas en profundidad los entrevistados responden de manera abierta (no estructurada) a una serie de preguntas muy detalladas.

Por otra parte, las entrevistas a informantes clave sirven para obtener, de ciertos individuos que tengan una visión muy clara del entorno local de riesgo, sus conocimientos y experiencias sobre la situación. Estos informantes podrían ser, por ejemplo, mozos de bares en clubes nocturnos, taxistas o líderes de las comunidades en cuestión. La información que se obtenga se utiliza para formular investigaciones más definidas para mejorar el conocimiento de la comunidad de interés.

Utilidad de la información y requisitos para obtenerla

Los tres métodos descritos en párrafos anteriores aportan dos grandes beneficios. En primer lugar, permiten cuantificar la situación de riesgo de un grupo determinado de la población o comunidad en cuanto al número de sitios en que se practican las conductas problemáticas y al tamaño de la población en cuestión. Estos son elementos esenciales para establecer prioridades en los programas de prevención y decidir hacia dónde deben dirigirse las actividades.

En segundo lugar, la información así obtenida, en comparación con las estrategias más estructuradas, sirve para conocer mejor los comportamientos de riesgo y los factores que los estimulan. Sin este conocimiento es muy difícil, si no imposible, elaborar programas de prevención adecuados. Los métodos cualitativos adquieren valor especial en el diseño de programas de prevención, puesto que dejan que los informantes expresen sus preocupaciones en vez de responder sólo a las de los investigadores. Si la información se utiliza de manera inteligente, probablemente se logre realizar intervenciones más apropiadas para las comunidades que son objeto de ellas. Las mismas técnicas cualitativas deberían utilizarse para hacer las pruebas de campo de algunas acciones de prevención. Para ello se habrá de involucrar a miembros de la comunidad y adaptar las intervenciones a las necesidades de ésta antes de ponerlas en práctica de manera más amplia.

Para poner en práctica estos métodos de evaluación preliminar es necesario contar con un equipo de investigación especializado en varias técnicas. Es un error pensar que cualquiera puede aplicar estas

estrategias con sólo un mínimo de capacitación. Sin embargo, es un hecho que la calidad de los datos recopilados va en función a la calidad del equipo de investigación y a la capacidad de sus miembros para evitar la introducción de sus propios sesgos en los resultados. Por lo tanto, los programas nacionales deberán contratar especialistas de las ciencias sociales para colaborar en el diseño de la investigación, capacitar al personal de campo y aplicar los métodos. Para llevar a cabo los estudios, también será necesario contar con la participación activa de la comunidad que se estudia en el diseño y análisis de la investigación y en la difusión de sus resultados. Los miembros de la comunidad conocen mejor que nadie su propia situación de riesgo. Ellos son los verdaderos expertos en el riesgo que acecha en su entorno, por lo cual su opinión debe sopesarse seriamente al momento de interpretar los resultados.

Otros aspectos a considerar

Cuando la evaluación rápida, el mapeo y la investigación cualitativa constituyen el primer paso de un programa organizado de investigación, también sirven para abrir paso hacia las comunidades afectadas. A menudo, es muy difícil para los programas nacionales acercarse a los trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y otras comunidades marginadas y trabajar con ellos, y éstos son los grupos que deben tener prioridad en cuanto a las actividades de prevención. Dado que estos métodos de investigación tienen como elemento importante la incorporación de la comunidad, también constituyen una forma de crear vínculos entre los programas nacionales y los grupos afectados. En los casos en que los programas nacionales no tengan la capacidad o voluntad de incorporar a

las comunidades en la investigación, es posible recurrir a las organizaciones no gubernamentales o a las de base comunitaria que ya trabajan con los grupos de interés. Así se comenzará a establecer una relación y a constituir los equipos que se harán cargo de diseñar y poner en práctica programas de prevención pertinentes y apropiados en esas comunidades.

Cabe señalar que estos métodos de investigación tienen el potencial de causar mucho daño a las comunidades que se estudian, especialmente cuando se trata de grupos que sufren de marginación y estigmatización. Por ejemplo, los mapas de prostíbulos pueden tener mucho valor para programar y ejecutar acciones de prevención, pero también sirven para que las autoridades tomen acciones policiales contra esos locales. Conque sólo ocurra un incidente de esa naturaleza es suficiente para echar a perder las relaciones entre el programa nacional y la comunidad afectada y, como resultado, se vuelva prácticamente imposible montar programas de prevención. En vista de lo anterior, es fundamental mantener reserva absoluta de todos los datos que sean potencialmente dañinos; asimismo, cada miembro del equipo de investigación debe comprometerse a mantener ese grado de confidencialidad.

Una de las grandes fortalezas de los métodos cualitativos (entrevistas con informantes clave y en profundidad, y grupos focales) es que dejan surgir nuevas ideas, porque las guías que se utilizan son de carácter amplio y flexible, tanto para las entrevistas como para discusiones de los grupos focales. En esas condiciones, es muy probable que los participantes expresen sus verdaderas preocupaciones. Si la información luego se utiliza en el diseño de programas de prevención, aumenta su valor.

Por otra parte, entre las flaquezas de los métodos cualitativos se encuentra su *falta de representatividad* con respecto al grupo de estudio como un todo. Dado que para llevar a cabo muchas entrevistas o discusiones de grupos focales, transcribirlas y analizarlas se requiere un gran aporte de recurso humano, es imposible trabajar con una muestra que sea de tamaño suficiente para representar la totalidad de la comunidad de origen. Más aún, las respuestas no tienen estructura definida, por lo cual a menudo es difícil clasificarlas en categorías para cuantificarlas. Los informantes clave, personas entrevistadas en profundidad y participantes de grupos focales, por lo general no se seleccionan por ser representativos de la comunidad, sino porque constituyen “buenos ejemplos” de la misma. Por lo tanto, no se recomienda generalizar los resultados al resto de la comunidad sin antes llevar a cabo un estudio cuantitativo (véanse las secciones siguientes). De lo contrario, se corre el riesgo de llegar a conclusiones incorrectas.

4.4.- Estudios del comportamiento de la población general

Descripción

Los estudios del comportamiento de la población general son encuestas transversales de hogares que utilizan muestras aleatorias de una población. Pueden ser de base regional o comunitaria y referirse a los grupos de población de 15 a 49 años o sólo a los de 15 a 24 años de edad. La entrevista siempre se realiza en el hogar. Con el fin de observar las tendencias del comportamiento a lo largo del tiempo, las encuestas deben repetirse periódicamente con intervalos de varios años.

Utilidad de la información y requisitos para obtenerla

Las encuestas de hogar sirven para obtener un panorama fidedigno sobre cuán difundidos están los comportamientos de riesgo en la población general y los vínculos entre ésta y los grupos con conductas de mayor riesgo, como trabajadores sexuales o usuarios de drogas inyectables. Es indispensable comprender la magnitud de los vínculos entre ambas poblaciones para planificar un programa nacional eficaz y utilizar bien los recursos. Cuando las relaciones entre ambos grupos no son muchas, la prevención puede dirigirse mayormente a las poblaciones más vulnerables, mientras las actividades que tienen por objeto la población general se van desarrollando paulatinamente. Por el contrario, cuando esos vínculos son amplios, el potencial de diseminación del virus a toda la sociedad es grande; por lo tanto, es necesario movilizar recursos para que los programas de prevención tengan una cobertura amplia de la población y simultáneamente puedan trabajar intensa y extensamente con los grupos vulnerables.

La logística de las encuestas de hogar es compleja. No obstante, muchos países tienen experiencia con ese tipo de estudio por los censos nacionales y encuestas económicas o de hogar. A menudo hay experiencia sobre marcos muestrales y técnicas de muestreo en las oficinas nacionales de estadísticas, universidades o empresas privadas. De hecho, los programas de encuestas existentes para otros temas pueden servir para recopilar datos sobre el comportamiento relativo al VIH sin necesidad de establecer una estructura aparte.

Dado que para realizar las encuestas de hogar los participantes se

seleccionan aleatoriamente de la población general, el sesgo de selección es extremadamente bajo, siempre y cuando se pueda reducir al mínimo la falta de respuestas. Los tamaños de muestra suelen ser grandes, por lo cual se puede calcular la frecuencia de los comportamientos de riesgo con respecto a diversos grupos de edad con intervalos de confianza pequeños. Otra ventaja es que los procedimientos de muestreo estandarizados pueden repetirse con facilidad en encuestas futuras.

Con el fin de relacionar los datos de la vigilancia centinela del VIH con los datos del comportamiento, sería útil aumentar el tamaño de la muestra de los lugares aledaños al sitio centinela, siempre y cuando la zona de muestreo se defina de modo que la población de origen de la muestra sea la misma que la de los clientes del sitio centinela. Esta estrategia permite que se obtenga suficiente información sobre el comportamiento en zonas determinadas (de los sitios centinela), de modo que los datos sobre los cambios observados de la seroprevalencia del VIH se puedan interpretar mejor.

Cuando las encuestas de hogar incluyen preguntas sobre el estado de infección por VIH, es posible establecer la relación entre éste y el comportamiento de riesgo individual. Esta información también puede ser extremadamente valiosa para calibrar los resultados de la vigilancia centinela del VIH entre las mujeres embarazadas (véase también Guías sobre la vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio. Ginebra: ONUSIDA y OMS; 1998). Es necesario tener en cuenta que al agregar información sobre el estado de infección por VIH aumenta considerablemente el costo y la complejidad logística de una encuesta de hogar. En algunos lugares la recopilación de información sobre el

VIH también puede aumentar la proporción de personas que rehusan participar, aun cuando se utilicen técnicas menos invasivas, como la prueba de saliva. Por lo tanto, no es muy probable que las encuestas sobre estado de infección puedan montarse sobre otras actividades de recopilación de datos sobre salud reproductiva u otros temas sin sesgar los resultados de manera significativa. Este tipo de ejercicio debe tomarse más bien como un instrumento de investigación que como método de vigilancia.

Otros aspectos a considerar

Las encuestas de población constituyen un elemento importante de las actividades destinadas a obtener apoyo para el programa, dado que proporcionan información fidedigna sobre la población general. En muchos países las encuestas nacionales o regionales sobre el comportamiento sexual han activado señales de alarma en los pasillos del poder, y así han contribuido a establecer o fortalecer las actividades nacionales de prevención (Cuadro 1).

Cuando las encuestas de hogar utilizan indicadores internacionales normatizados de los comportamientos de riesgo, sus resultados pueden servir para llevar a cabo comparaciones entre países. No obstante, este ejercicio debe hacerse con cautela, ya que los sesgos de notificación pueden ser distintos de un país a otro.

Por otra parte, estas encuestas de hogar no son buenas para detectar eventos extraordinarios o comportamientos que no se dan muy a menudo en la población. Para poder obtener datos que sean estadísticamente

significativos sobre los cambios de comportamientos poco comunes en un determinado entorno (hombres que tiene sexo con hombres o uso de drogas inyectables), sería necesario que la muestra fuera mucho más grande que lo que permiten los arreglos logísticos y los recursos financieros.

En las encuestas de hogar por lo común las personas que a menudo están fuera de la casa están subrepresentadas. Éste es el caso de los individuos institucionalizados, como estudiantes universitarios, conscriptos militares, grupos transeúntes, hombres que trabajan lejos del hogar (mineros, campesinos, camioneros); ellos frecuentemente no aparecen en las encuestas de hogar con base en muestras de población general.

Por experiencia, se sabe que los programas nacionales de SIDA tuvieron grandes dificultades cuando trataron de llevar a cabo encuestas de población por sí mismos. Algunos programas nacionales tuvieron problemas con el manejo y análisis oportuno de la información; en otros, no se discutieron los resultados de las encuestas del comportamiento y sus conclusiones no se utilizaron para planificar o reprogramar las actividades de prevención. Aun en otros, las entrevistas no se realizaron en privado para evitar que las respuestas de los participantes a preguntas delicadas las oyeran vecinos u otros miembros de la familia. Esta situación introdujo sesgos graves en los resultados. Asimismo, muchas personas se resisten a conversar sobre temas delicados, como son las relaciones sexuales y el uso de drogas, con personas que a su juicio son figuras de autoridad en el estado o la comunidad.

Cuadro 1. Encuestas de hogar realizadas en los países en desarrollo con el apoyo de OMS/PMA y ONUSIDA

País	Tipo de encuesta	Cobertura	Período del trabajo de campo
Benín	IP	1 ciudad	1997
Botswana	CACP	Nacional	1994
Brasil	RP	1 ciudad	1990
Burundi	CACP, IP	Nacional	1989,1993
Camerún	CACP, IP	1 provincia, 1 ciudad	1993, 1996
Chile	IP	Nacional	1995
República del África Central	CACP	Nacional	1989
Costa Rica	IP	Nacional	1996
Côte d'Ivoire	PR	Nacional	1989
Cuba	IP	Nacional	1995
Djibouti	IP	Nacional	1994
Etiopía	IP	5 ciudades	1993
Guinea Bissau	CACP/RP	Nacional	1990
Hong Kong	RP	Nacional	1992
India	IP	5 estados	1995
Jamaica	IP	Nacional	1994
Kenya	CACP, IP	Nacional, 1 ciudad	1990, 1996
Losoto	CACP, RP	Nacional	1989
Mauricio	CACP	Nacional	1989
México	IP	1 ciudad	1995
Niger	CACP, RP	Nacional	1993
Filipinas	CACP, IP	1 ciudad	1990, 1996
Senegal	IP	1 ciudad	1997
Singapur	RP	Nacional	1990
Sri Lanka	CACP, IP	Nacional, 1 ciudad	1989, 1993
Sudán	IP	4 ciudades	1995
Tanzanía	RP, IP	Nacional, 1 ciudad	1990, 1993
Tailandia	RP	Nacional	1990
Uganda	CACP, RP, IP	Nacional, 5 distritos	1991, 1994
Zambia	CACP, IP	1 ciudad, 1 ciudad	1990, 1996
Zimbabwe	IP	Nacional	1994

CACP = conocimientos, actitudes, comportamiento, prácticas;

IP = indicadores de prevención;

RP = relaciones de pareja; / = combinación.

Por último, este tipo de estudio no permite obtener un conocimiento detallado de los factores que influyen sobre el comportamiento de riesgo, información que es necesaria para elaborar programas de prevención. Si bien las series de encuestas de hogar pueden mostrar las tendencias de los comportamientos de riesgo, a menudo no sirven para explicar la razón de los cambios. Por lo general, para llegar a esas explicaciones es necesario realizar estudios cualitativos sobre algunos hallazgos de interés por medio de las entrevistas, grupos focales, observación antropológica y otras técnicas cualitativas.

4.5.- Series de encuestas del comportamiento entre ciertos grupos de la población

Descripción

Este método también consiste de estudios transversales cuyo objeto es obtener datos sobre el comportamiento con intervalos periódicos (anuales o semestrales). Los métodos de selección de la muestra deben ser comparables y reproducibles, de modo que sea posible medir las tendencias del comportamiento en determinados grupos de población a lo largo del tiempo. Para mejorar la calidad de los resultados, se recomienda utilizar muestras de probabilidad siempre que sea posible.

Por lo general, estos estudios tienen por objeto recopilar datos sobre ciertos subgrupos de población y los comportamientos que los ponen en riesgo de contraer la infección por VIH; a menudo no es factible llegar a estos individuos por medio de las encuestas de hogar. En esos casos, las encuestas del comportamiento deberían incluir los

subgrupos de la población cuyo perfil se conforma a las características de los grupos objeto de las intervenciones.

Este sistema de encuestas puede establecerse para diversos subgrupos de la población. La experiencia en los métodos de investigación del comportamiento de Family Health International señala que los grupos escogidos para las muestras son bastantes parecidos: la mayoría de los países selecciona varios grupos que abarcan diversas características socioeconómicas y laborales (véase el cuadro 2). La selección de los grupos dependerá de la situación de riesgo de cada país y de las necesidades de diversas organizaciones, comunidades e individuos que harán uso de los resultados. Por lo tanto, se deberá estimular a los usuarios potenciales de la información a que participen activamente en el proceso de selección de las poblaciones a estudiar.

Utilidad de la información y requisitos para obtenerla

Las encuestas del comportamiento de ciertos subgrupos de la población sirven para obtener información sobre el comportamiento de las personas que tienen riesgo potencial de contraer la infección por VIH y a las cuales es difícil capturar en el número y frecuencia necesarios por medio de las encuestas de la población general. Estos individuos son los que promueven el crecimiento de la epidemia en sus primeras etapas y pueden servir de conducto para introducir la infección en la población general. En consecuencia, es indispensable reducir los comportamientos de riesgo de estos grupos si las actividades nacionales de prevención han de ser eficaces.

Cuadro 2. Ejemplos de encuestas del comportamiento entre ciertos subgrupos de la población

	Camboya	India (Tamil, Nadu)	Indonesia	Senegal	Tailandia
Mujeres	Trabajadoras del sexo Vendedoras de cerveza Mujeres que trabajan	Trabajadoras del sexo Obreras de fábrica Estudiantes universitarias	Trabajadoras del sexo de prostíbulos Trabajadoras del sexo fuera de los prostíbulos Obreras de fábrica Estudiantes de secundaria	Trabajadoras del sexo registradas Estudiantes universitarias Estudiantes de secundaria Empleadas domésticas Mujeres en empleos remunerados Oficinistas	Trabajadoras del sexo directas Trabajadoras del sexo indirectas Obreras de fábrica Estudiantes vocacionales
Hombres	Militares/ policías Motociclistas Estudiantes vocacionales	Camioneros/ ayudantes Obreros de fábrica Estudiantes universitarios Clientes de clínicas de ETS	Camioneros Marineros/ trabajadores portuarios Obreros de fábrica Estudiantes de secundaria	Estudiantes universitarios Estudiantes de secundaria Camioneros Aprendices del sector informal Obreros	Conscriptos militares Obreros de fábrica Estudiantes vocacionales

En consecuencia, la decisión en muchos países es de dirigir las primeras actividades de prevención a los grupos con mayor grado de comportamientos de riesgo. Esta estrategia es especialmente valiosa al principio de la epidemia, porque cuando estos individuos adoptan comportamientos más seguros, el avance del virus hacia la población general puede ser más lento. El monitoreo de las tendencias de estos grupos por medio de series de encuestas del comportamiento puede mostrar si, de hecho, ha habido cambios en el comportamiento como resultado de las actividades de prevención y si las nuevas conductas se mantienen. La información obtenida también sirve

para señalar los comportamientos de riesgo que serán necesarios tratar de cambiar por medio de acciones de prevención en el futuro.

Para hacer estudios de esta naturaleza es indispensable definir y tener acceso a las poblaciones objeto y contar con marcos muestrales útiles. Estas condiciones pueden lograrse más fácilmente en algunas comunidades que en otras. Por ejemplo, los trabajadores sexuales de prostíbulos pueden enumerarse más fácilmente que los usuarios de drogas inyectables o que los trabajadores sexuales que ejercen fuera de los prostíbulos. Asimismo, será más fácil llegar a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en

zonas donde ellos se encuentran organizados en locales sociales, como bares, que donde las relaciones sexuales entre hombres se dan fuera de entornos sociales bien definidos.

Con el fin de determinar las tendencias del comportamiento, también es necesario tener acceso a un número suficientemente grande de estos individuos. En aquellos países en los que este tipo de comportamiento lleva al aislamiento social, o incluso a la cárcel, puede ser difícil lograr este criterio; es más, podría ser inaceptable desde el punto de vista ético.

Otros aspectos a considerar

Las series de encuestas transversales del comportamiento de subgrupos específicos de la población proporcionan datos que permiten ver indicios del avance de los programas a corto plazo, lo cual no es posible con los datos epidemiológicos (como las tendencias de la prevalencia del VIH), que sólo muestran el impacto de los programas de prevención al cabo de varios años y cuyo cambio depende también de diversos factores que no guardan relación con las intervenciones.

Las encuestas de subgrupos específicos de la población tienen por objeto medir el comportamiento de las personas que tienen el mayor potencial de promover la epidemia o de las que tienen un comportamiento que puede cambiar más rápido que el de la población general. Así se puede mantener el interés en los lugares en que la transmisión del VIH es más rápida y obtener apoyo para los programas de prevención. Estos resultados son más importantes en las primeras etapas de la epidemia, cuando los recursos son escasos y la reducción de los comportamientos de riesgo de los grupos donde las tasas de transmisión

del VIH son más altas afecta el curso de la epidemia.

Dado que este método de investigación no utiliza el hogar para llegar a las personas, permite a los participantes expresarse más libremente sobre sus comportamientos sexuales y otras conductas de riesgo. No obstante, a la fecha, no hay pruebas de que los resultados de las encuestas de hogar bien diseñadas y bien administradas sean menos válidos que los de los estudios realizados en otros medios. Obviamente éste debe ser un tema de investigaciones futuras.

A menudo los sistemas de encuestas de ciertos subgrupos de la población llaman la atención sobre ciertos comportamientos que muchos prefieren ignorar o sobre grupos marginados de la sociedad. Por lo tanto, la información sobre el comportamiento de estos subgrupos produce reacciones políticas complejas en algunos países. Por ejemplo, los líderes comunitarios de muchas sociedades a menudo rechazan los resultados de los estudios que se llevan a cabo entre gente joven, ya que les resulta muy difícil aceptar la magnitud de la actividad sexual de ese grupo de la población. Los estudios de trabajadores sexuales pueden usarse para promover la aplicación de medidas en su contra, lo cual impediría llegar a estos grupos con actividades de prevención, pero no serviría en absoluto para reducir la demanda de sus servicios. En consecuencia, si estos sistemas han de servir para movilizar más acciones en el futuro, es indispensable que todos los interesados, incluso políticos, participen en su elaboración. Más aún, los resultados deberán difundirse teniendo en cuenta las preocupaciones de todos los interesados, pero de modo que no aumente la marginación de las poblaciones estudiadas.

Muchos grupos, como trabajadores sexuales u obreros de fábrica, cambian frecuentemente debido al movimiento de entrada y salida de sus miembros. Puesto que el objeto de la vigilancia del comportamiento es el monitoreo de las tendencias del comportamiento de ciertos subgrupos de la población, los cambios en los individuos que conforman los grupos son insignificantes en cuanto al muestreo. Sin embargo, debido a que el cambio de personas influye en la interpretación de los datos de la vigilancia del comportamiento y es importante para la ejecución de los programas, habrá que incluir en el cuestionario preguntas sobre las características de fondo de las personas y sobre el tiempo que llevan asociadas al lugar o sitio de la encuesta.

En muchos países se desconocen las series de encuestas dirigidas a poblaciones de acceso difícil y que tienen mayor riesgo de contraer el VIH.

Para llevarlas a cabo se requieren conocimientos, delicadeza y el apoyo de las comunidades participantes, todos elementos que toma tiempo establecer. Estos requisitos deben mantenerse a lo largo del tiempo, para lo cual habrá que seleccionar cuidadosamente una comunidad permanente o una institución de base. No obstante, vale la pena hacer el esfuerzo por el valor de la información que puede obtenerse. El fortalecimiento de la capacidad de las instituciones de investigación también apoyará otras actividades de recopilación de información en el país como un todo.

Al igual que en las encuestas de población general, las series de encuestas del comportamiento de subgrupos específicos pueden complementarse con estudios cualitativos de seguimiento para interpretar los resultados de manera que puedan usarse para el diseño y la dirección de los programas.

5

Veracidad de las respuestas acerca de los comportamientos sexuales y de uso de drogas

En el pasado no se ha recopilado información sobre el comportamiento, en parte, porque mucha gente es extremadamente escéptica de la validez de la información que las personas encuestadas informan sobre su propio comportamiento sexual. El razonamiento es el siguiente: “Todo el mundo miente sobre su vida sexual . . . ¿para qué vamos a preguntar?” Hace 20 años se decía lo mismo del uso de anticonceptivos y, sin embargo, hoy en día las encuestas de fecundidad y salud reproductiva se llevan a cabo comúnmente en todos los continentes. Las posibilidades de que la gente mienta sobre su comportamiento sexual parecen aumentar en la misma medida en que aumenta el estigma que acarrea dicho comportamiento. En la mayoría de las sociedades, las relaciones sexuales extramatrimoniales de las mujeres tienen más estigma que las de los hombres, por lo cual la subnotificación de este comportamiento entre las primeras es mayor que la de los segundos.

Hay una experiencia creciente sobre la recopilación de datos del comportamiento sexual que señala que la gente no miente siempre. No obstante, es más fácil decir la verdad en ciertas ocasiones que en otras. El grado de veracidad y apertura con que se responden las preguntas sobre sexualidad depende del entorno en que se lleva a cabo la conversación. Algunos factores que influyen son: la garantía de confidencialidad y el carácter privado

de la entrevista; la actitud del entrevistador y su parecido con el encuestado en cuanto a edad y sexo; las características de las preguntas con respecto a juicios de valor. Es larga la lista de elementos que pueden sesgar las respuestas y éstos son bien conocidos en el campo de las ciencias sociales. Las preguntas sobre la conducta sexual se encuentran en el extremo más delicado de la recopilación de datos sobre el comportamiento.

No hay duda de que es imposible validar la información sobre prácticas sexuales por medio de la observación directa. Sin embargo, sí es posible establecer un triángulo con los datos de otras fuentes para verificar si el panorama que se obtiene es coherente y fidedigno. Por ejemplo, se puede combinar la información de las evaluaciones de proceso de la venta de condones, de la intensidad de la educación de parejas o de la calidad y cobertura de las campañas en los medios de difusión con el análisis de los datos de comportamientos sexuales para obtener una visión más clara sobre las intervenciones que logran buenos resultados. Además, los resultados de las encuestas del comportamiento deben analizarse conjuntamente con los de la investigación cualitativa (grupos focales, entrevistas con informantes clave y estudios etnográficos rápidos) que se lleve a cabo en muestras parciales de los grupos objeto estudiados.

Es probable que las personas a cargo del monitoreo de la epidemia del VIH tengan menos interés en saber con exactitud la frecuencia de los comportamientos de riesgo en una población que en las tendencias que siguen esos comportamientos. Éstas últimas son de gran utilidad para explicar los cambios de la prevalencia del VIH. Aun en los casos en que la notificación no es buena, las series de encuestas del comportamiento

mostrarán cambios en las tendencias a lo largo del tiempo, siempre y cuando la magnitud y dirección de las fallas de la notificación se mantengan sin cambios significativos.

La experiencia actual sobre la recopilación de datos del comportamiento indica que ésta puede ser una actividad exitosa en la mayoría de los casos, mientras se cumpla con ciertos criterios. Los cuestionarios deben elaborarse cuidadosamente y ensayarse con el fin de lograr un equilibrio entre las necesidades de la comunidad local y los requisitos regionales e internacionales de estandarización. Es necesario seleccionar bien a los entrevistadores, darles buena capacitación y prepararlos para comunicarse con los entrevistados de manera que se ganen su confianza y eviten emitir juicios de valor. Las entrevistas deben hacerse en privado y los encuestados tienen que tener la certeza de que la información que provean se mantendrá en estricta reserva.

Por último, cuando se evalúe el cambio de comportamiento, será necesario tener en cuenta que los programas de prevención tienen que haber estado funcionando por un buen tiempo y a gran escala para lograr cambios en el comportamiento personal, en las normas sociales, en las comunidades y en la epidemia.

6

Combinación de métodos de recopilación de datos que se recomienda usar

Ya se sabe con certeza que los varios métodos de recopilación de información producen datos diferentes y con diversos grados de complejidad y costo. Con el fin de hacer el mejor uso de los recursos, los programas nacionales deberán decidir la combinación de métodos que les conviene adoptar y la frecuencia y escala de aplicación. Estas opciones serán un reflejo del estadio de la epidemia en el país, del entorno político y social, de la capacidad de investigación y de los recursos existentes.

Family Health International, conjuntamente con ONUSIDA y otras organizaciones colaboradoras han recomendado un conjunto mínimo de datos del comportamiento que es necesario recopilar según cada etapa de la epidemia del VIH. Estas recomendaciones forman parte de las normas de los sistemas de vigilancia de segunda generación de ONUSIDA y OMS/OPS y parten del supuesto de que ya existe la vigilancia serológica de la infección por VIH o que se está implantando de acuerdo con las normas mencionadas.

En muchos países ya se habrá implantado alguno de los mecanismos de recopilación de información recomendados o a lo mejor todos están en marcha. En los cuadros 4 y 6 se

resumen los datos mínimos correspondientes a cada estadio de la epidemia; éste puede servir de lista de verificación para los países que estén pensando fortalecer sus actividades de recolección de datos del comportamiento.

6.1.- Estadios de la epidemia de infección por VIH

La epidemia del VIH ha seguido distintos cursos en diferentes partes del mundo. En un principio, se usó una clasificación según modos de transmisión, en la cual los países de "Patrón I" tenían una epidemia que se concentraba principalmente en grupos de hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas

inyectables. El “Patrón II” se refería a los países en los que el VIH se diseminaba más que todo por las relaciones sexuales entre hombres y mujeres. Los cambios recientes en los patrones de infección de algunos países han llevado a una nueva clasificación que permite el movimiento de países o regiones entre una categoría y otra. ONUSIDA y sus colaboradores

han elaborado una clasificación de tres tipos de epidemias del VIH: de bajo nivel, concentrada y generalizada (cuadro 3). Las necesidades nacionales de información dependerán del estadio de la epidemia en que se encuentre un país determinado; estas necesidades pueden cambiar con la evolución de la epidemia y su cambio de clasificación.

Cuadro 3. Estadios de la epidemia del VIH

Tipo	Características
Bajo nivel	La prevalencia del VIH no ha superado el 5% en ningún grupo.
Concentrada	La infección sigue concentrada en los grupos más vulnerables, entre los que la prevalencia ha sobrepasado el 5% en uno de ellos, por lo menos. La prevalencia entre mujeres embarazadas se mantiene por debajo del 1%.
Generalizada	La prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas supera el 1%.

Las *epidemias bajo nivel* son aquéllas en las que se supone que la prevalencia del VIH es de menos de 5% en todo los subgrupos de población que supuestamente tienen prácticas de alto riesgo. Inicialmente estos países deberán concentrar su vigilancia en las poblaciones que practican comportamientos que tienen grandes posibilidades de transmitir el virus, como son los trabajadores sexuales, camioneros, trabajadores migratorios, militares, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y usuarios de drogas inyectables. El objeto de la vigilancia en estos casos es el monitoreo de las tendencias y frecuencia de la infección en esos grupos. También deberán elaborarse mapas de la dinámica de la infección y de las mezclas de comportamientos sexuales de alto riesgo y bajo riesgo.

Las *epidemias concentradas* son aquéllas en las que la prevalencia del VIH ya es más de 5% en uno o más de los subgrupos con comportamientos de

mayor riesgo, pero aún se mantienen por debajo de 1% entre las mujeres embarazadas.

En las *epidemias generalizadas* el virus ha traspasado los subgrupos de población con comportamientos de mayor riesgo, los que ya se encuentran altamente infectados. La prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas es de más de 1%. En estos casos, la infección de la población rural puede estar aproximando rápidamente a la de la población urbana. Muchos países ubicados al sur del Sahara ya tienen una epidemia que supera los grupos con comportamientos de alto riesgo. El carácter generalizado de la epidemia en esa región exige que se establezcan sistemas de vigilancia que den un perfil de la infección en un corte transversal de la población general.

6.2.- Recopilación de datos sobre el comportamiento en una epidemia bajo nivel

En este tipo de epidemia, el riesgo de infección por VIH se concentra en los individuos que tienen mayor grado de comportamientos de riesgo en el país. Según el país, estos grupos serán trabajadores sexuales y su clientela, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y otras poblaciones. En estos casos se recomienda que los estudios de seroprevalencia del VIH se realicen en los grupos con más comportamientos de riesgo. No obstante, podrían darse conductas de riesgo entre la población general. También es necesario investigar la relación entre las poblaciones de alto riesgo y las de bajo riesgo.

En muchos países con epidemias de este tipo no se ha sentido la necesidad de invertir recursos para recoger datos sobre el comportamiento; el razonamiento ha sido que si el virus en gran medida está ausente, el riesgo debe ser bajo. No obstante, ésta es la etapa de la epidemia en que los datos sobre el comportamiento tienen su máxima utilidad como sistema de alerta. Cuando estos datos, sumados a otros indicadores, como la prevalencia de ITS o hepatitis B, muestran que la gente tiene relaciones sexuales sin protección y con parejas múltiples o que los usuarios de drogas comparten el equipo de inyección, con el tiempo la epidemia del VIH casi con toda seguridad llegará al país.

La recopilación de datos sobre el comportamiento en este estadio de la epidemia señala algunos puntos potenciales donde puede encontrarse la infección por VIH. También sirve para llamar la atención del público y las personas a cargo de establecer políticas sobre el peligro de no tomar medidas

para detener la infección en el punto actual y para indicar el curso de acción y sus beneficiarios.

Evaluación preliminar: los comportamientos de riesgo

El primer paso de la evaluación preliminar puede describirse como la etapa de preparación para la recolección de la información. Aquí se logra formar un panorama de lo que ya se sabe sobre los comportamientos en el país. Para ello, se juntan los estudios existentes, tanto publicados como inéditos, se analizan reportajes de prensa y otras fuentes de información anecdótica y se conversa con la gente que pueda tener información sobre los comportamientos sexuales y de uso de drogas. Por lo general, esta etapa producirá información suficiente para determinar cuáles son los comportamientos que tienen más posibilidades de contribuir a la diseminación del VIH y sobre los perfiles de los individuos o grupos que practican esas conductas. Son muy pocos los países en los que se encuentran todos los comportamientos de riesgo en la misma magnitud, por lo tanto, la obtención de los datos deberá limitarse a los grupos cuyo potencial de promover la epidemia del VIH es mayor.

Es probable que en muchos países ya exista información sobre el comportamiento; ésta se habrá recogido ya sea como parte del análisis de los datos epidemiológicos del sistema de notificación de VIH y SIDA o durante el análisis de situación que forma parte del ejercicio de planificación estratégica. A veces la revisión señalará algunos vacíos de información sobre la epidemia; en esos casos habrá que obtener datos por medio de investigaciones antropológicas sencillas. Cuando no haya información y sea necesario comenzar de cero a obtener datos sobre los

comportamientos de riesgo, la investigación puede incluso durar tres meses.

Evaluación preliminar: el tamaño de los grupos de población de mayor riesgo

Dado que la recopilación de datos sobre el comportamiento en las epidemias de bajo nivel se concentrará en los grupos que tienen comportamientos de mayor riesgo, será necesario cuantificarlos con el fin de que los datos obtenidos sean representativos. Por lo general, habrá que elaborar mapas de los sitios donde se dan los comportamientos de interés, como prostíbulos, lugares de inyección de drogas, bares de gay y otros. Simultáneamente habrá que calcular el número de individuos relacionados con cada sitio.

Evaluación preliminar: la relación con la población general

En las epidemias bajo nivel, los datos necesarios para llevar a cabo la planificación eficaz de programas de prevención del VIH dependerán de la relación entre individuos y comunidades con comportamientos de alto riesgo por un lado y los de bajo riesgo por otro. La investigación cualitativa (entrevistas en profundidad y de informantes clave y, a lo mejor, los grupos focales) de personas con mayor riesgo puede servir para determinar las relaciones entre grupos con comportamientos de alto riesgo y la población general. El uso de la expresión “población general” reconoce que ésta es un conjunto de muchos subgrupos de personas y que los individuos de mayor riesgo son un componente de la población general. En consecuencia, cuando la relación entre ambos es amplia, el sistema de recolección de datos debe incluir

encuestas de la población general. Éste es el caso donde las relaciones sexuales comerciales son comunes. También puede ser necesario donde los hombres tienen frecuentemente relaciones sexuales con hombres y mujeres, o donde los usuarios de drogas inyectables tienen relaciones sexuales con personas que no se inyectan drogas.

La investigación cualitativa puede ser tan costosa, en dinero y tiempo, como los estudios cuantitativos. En consecuencia, el tamaño de las muestras es pequeño y los resultados no siempre son representativos de la población de origen como un todo. No obstante, este tipo de investigación es indispensable para diseñar los cuestionarios que luego se administran a muestras más grandes de la población para obtener datos pertinentes, informativos y útiles para tomar acción. La investigación cualitativa también proporciona información para el proceso de selección de muestras. En vista de lo anterior, este tipo de información es indispensable para elaborar buenos programas de prevención.

Vigilancia del comportamiento: poblaciones de comportamientos de alto riesgo

Luego de determinar cuáles son los grupos de población que tienen comportamientos de alto riesgo y de calcular su tamaño, es posible estudiar las conductas y cuantificar el riesgo. Cuando se utilizan muestras de probabilidad aleatorias u otros métodos de muestreo y un marco muestral que se prepara al elaborar los mapas, es posible llevar a cabo una encuesta del comportamiento que dé información representativa o casi representativa del grupo que se estudia. Estos datos forman la línea de base, de modo que, cuando la encuesta se repita utilizando

los mismos métodos, los datos obtenidos podrán servir para medir cambios a lo largo del tiempo. El tamaño de la muestra varía según el tamaño de la población y la frecuencia con que se dan los comportamientos a medir. Por lo general, el tamaño de la muestra es de 250 a 400 sujetos.

Se supone que los datos que se obtengan con la encuesta de base se usen para elaborar y promover programas destinados a reducir el comportamiento de riesgo. Se recomienda que la frecuencia de futuras encuestas sea de por lo menos cada dos años; no obstante, dependerá de la naturaleza de los programas dirigidos a beneficiar a la población del estudio. La primera ronda de recolección de datos es siempre la más cara y la que toma más tiempo, ya que conlleva la capacitación del personal y mucho trabajo para derivar el marco de la muestra. La recopilación de los datos y el análisis de una sola encuesta del comportamiento de grupos determinados de la población puede tomar de tres a seis meses, según el número de poblaciones objeto y las zonas de las encuestas.

Será casi imposible lograr muestras sistemáticas, y que se puedan replicar, de ciertos grupos de población que tienen comportamientos de mayor riesgo u obtener un número suficiente de sujetos para lograr resultados significativos. En esos casos, se recomienda realizar encuestas ad hoc asociadas con programas de prevención. De todas maneras, los programas cuyo objeto es cambiar el comportamiento en dichos grupos deberían integrar un componente de vigilancia del cambio a lo largo del tiempo. Estas técnicas de evaluación pueden ser un elemento útil para agregar al sistema de recolección de información.

Los datos sobre la prevalencia del VIH en estos grupos deberán

conseguirse de manera voluntaria, con el consentimiento informado de los individuos y como parte de los servicios.

Vigilancia del comportamiento: población general

La investigación cualitativa señalará las conexiones entre las poblaciones con comportamientos de alto riesgo y la población en general. Si estas relaciones parecen ser amplias, será necesario realizar una encuesta de hogar de la población general para determinar la proporción de ésta que tiene riesgo de contraer la infección a través de sus contactos con los subgrupos de mayor riesgo.

Cabe destacar que los contactos pueden cambiar con el tiempo como respuesta a la epidemia como tal. Por lo tanto, la información de la población general puede generar un cambio de los grupos objeto de los sistemas de encuestas especiales. Por ejemplo, los hombres que participaron en encuestas de población general en Tailandia informaron haber reducido las relaciones sexuales que tenían en los prostíbulos y aumentado las mismas con empleadas de restaurantes y bares. Ese cambio puede generar la necesidad de rehacer los mapas de la población con comportamientos de más alto riesgo y la elaboración de nuevos marcos de muestras para las encuestas del comportamiento de grupos especiales.

Las encuestas de hogar son muy buenas para conseguir apoyo de las autoridades y el público en general con el fin de llevar a cabo actividades de prevención del VIH, especialmente cuando por medio de esas encuestas se puede demostrar que el comportamiento ha cambiado como resultado de otras intervenciones. Por lo tanto, se recomienda que en los lugares donde las conexiones entre la población

general y los grupos de alto riesgo sean claras, se realicen encuestas de población general cada cuatro o cinco años. Una forma de reducir drásticamente el costo de las encuestas es agregando preguntas pertinentes sobre el comportamiento sexual a otras encuestas de hogar; sin embargo, habrá que tener especial cuidado con la delicadeza del tema. Por ejemplo, es probable que los entrevistadores que llevan a cabo las encuestas generales de salud necesiten capacitación adicional para hacer preguntas sobre el comportamiento sexual.

Cuadro 4. Datos que son necesarios obtener sobre el comportamiento y los métodos a utilizar en una epidemia bajo nivel

Datos necesarios	Método	Preguntas que responden	Frecuencia	Duración*
Evaluación preliminar	Análisis de los datos existentes	¿Qué se sabe hasta ahora? ¿Qué vacíos quedan aún en el conocimiento?	1 vez	
	Evaluación rápida de los comportamientos de riesgo	¿Cuáles son los comportamientos de riesgo que promueven la expansión de la epidemia en el país?	1 vez	3 meses
	Mapeo de la población en riesgo	¿En qué lugares se dan los comportamientos de riesgo? ¿Cuántos individuos se relacionan con cada sitio?	1 vez	1 mes
	Investigación cualitativa	¿Qué comportamientos deben cambiarse? ¿Hay resistencia al cambio? ¿Qué conexiones existen con la población general? ¿Cuáles serían las mejores intervenciones?	1 vez	2 meses
Vigilancia del comportamiento	Encuestas repetidas de las poblaciones con comportamientos de más alto riesgo	¿Cuál es la extensión del riesgo en los grupos específicos de comportamiento de alto riesgo? ¿Cuál es la extensión de los comportamientos más seguros? ¿Son comunes las conexiones con la población general? ¿Ha cambiado el comportamiento con el tiempo? ¿Cómo? ¿Y antes de la intervención?	1 ó 2 veces al año	3 a 6 meses
	En los lugares en que la investigación cualitativa señala que las relaciones entre los grupos de bajo riesgo y alto riesgo existen: encuestas repetidas de la población general	¿Que proporción de los individuos de la población general tiene como pareja sexual a una persona con comportamiento de alto riesgo? ¿Cuáles son los comportamientos de riesgo?	Cada 4 ó 5 años	6 a 9 meses

*Duración: Incluye todas las etapas de la investigación o encuesta, desde la preparación hasta los resultados.

Cuadro 5. Datos sobre el comportamiento que es necesario obtener y los métodos a utilizar en una epidemia concentrada

Datos necesarios	Método	Preguntas que responden	Frecuencia	Duración*
Evaluación preliminar (Si es que aún no se ha hecho o si es necesario ampliarla a otras zonas geográficas u otros grupos)	Análisis de los datos existentes	¿Qué se sabe hasta ahora? ¿Qué vacíos quedan aún en el conocimiento?	1 vez	
	Evaluación rápida de los comportamientos de riesgo	¿Cuáles son los comportamientos de riesgo que promueven la expansión de la epidemia en el país?	1 vez	3 meses
	Elaboración de mapas de la población en riesgo	¿En qué lugares se dan los comportamientos de riesgo? ¿Cuántos individuos se relacionan con cada sitio?	Varias veces si los datos señalan cambios en la población o en los comportamientos	1 mes
	Investigación cualitativa	¿Qué comportamientos deben cambiarse? ¿Hay resistencia al cambio? ¿Qué conexiones existen con la población general?	1 vez	2 meses

*Duración: Incluye todas las etapas de la investigación o encuesta, desde la preparación hasta los resultados.

Cuadro 5. Datos sobre el comportamiento que es necesario obtener y los métodos a utilizar en una epidemia concentrada (cont.)

Datos necesarios	Método	Preguntas que responden	Frecuencia	Duración*
Vigilancia del comportamiento	Encuestas repetidas de las poblaciones con comportamientos de más alto riesgo	¿Cuál es la extensión del riesgo en los grupos específicos de comportamiento de alto riesgo? ¿Son comunes las conexiones con la población general? ¿Ha cambiado el comportamiento con el tiempo? ¿Cómo?	1 ó 2 veces al año	3 a 6 meses
	En los lugares en que la investigación cualitativa señala que las relaciones entre los grupos de bajo riesgo y alto riesgo existen: encuestas repetidas de la población general	¿Qué proporción de los individuos de la población general tiene relaciones sexuales con personas con comportamiento de alto riesgo? ¿Cuáles son los comportamientos de riesgo?	Cada 4 ó 5 años	6 a 9 meses
	Encuestas repetidas entre la juventud Las muestras deben dar preferencia a las zonas geográficas que contienen sitios centinela claves	¿Qué comportamientos de riesgo tiene la juventud? ¿A qué edad comienzan? ¿Cómo cambian con el tiempo? ¿Hay correlación entre los cambios de comportamiento que informan los individuos encuestados y los cambios en la prevalencia observados en la vigilancia de la prevalencia del VIH? (por ejemplo, ¿pueden explicar la transición hacia una epidemia generalizada?)	Cada 2 ó 3 años	3 a 6 meses

*Duración: Incluye todas las etapas de la investigación o encuesta, desde la preparación hasta los resultados.

6.3.- Recopilación de datos sobre el comportamiento en una epidemia concentrada

En una epidemia concentrada, es posible que el virus permanezca dentro de un círculo de personas de comportamiento de alto riesgo, debido a que son pocas las conexiones entre ellas y la población general. También la concentración en grupos de alto riesgo puede deberse a que el grado de comportamientos de riesgo en la población general es muy bajo. Por otra parte, también podría ser que haya suficientes relaciones entre ambos grupos y que los comportamientos generalizados también se den, pero el número de individuos infectados todavía no es suficiente para generar un crecimiento explosivo de la epidemia. En este último caso, con el tiempo, la epidemia se generalizará. En consecuencia, el objetivo principal de la recopilación de datos sobre el comportamiento en las epidemias concentradas es determinar de cuál de las situaciones anteriores se trata y medir el éxito de las intervenciones.

Se recomienda que en esta etapa los países continúen llevando a cabo la vigilancia serológica del VIH en los grupos en que se concentra la infección y que inicien la vigilancia del VIH en la población general, especialmente entre la juventud. Los datos sobre el comportamiento complementarán la utilidad de los datos serológicos.

Evaluación preliminar en poblaciones de mayor riesgo

Debido a que las epidemias concentradas afectan a un número mayor de personas y el riesgo para el país también es más grande que el de las epidemias de bajo nivel, hay mayores posibilidades de que hayan datos para hacer la evaluación preliminar del

comportamiento de riesgo. De lo contrario, habrá que dar los mismos pasos señalados en el caso de los países con epidemias de bajo nivel.

Vigilancia de comportamiento: poblaciones de comportamientos de mayor riesgo

En una epidemia de poco alcance, la frecuencia de las encuestas del comportamiento en poblaciones con conductas de alto riesgo dependerá de las actividades de prevención que se lleven a cabo en la comunidad de interés (los cambios observados por medio de la vigilancia serológica pueden servir de guía). Por el contrario, en una epidemia concentrada, los datos sobre el comportamiento deberán recopilarse de manera mucho más sistemática. Las encuestas de grupos específicos de población con comportamientos de alto riesgo deben diseñarse con el propósito de obtener datos representativos una vez o dos veces al año, según los recursos de que se disponga.

Es probable que la investigación cualitativa de la evaluación preliminar señale grupos definidos que tienen bastante traslape con la población general y los grupos de comportamientos de riesgo. En esos casos, los planificadores de programas deberán pensar en incluir a esos grupos en los sistemas de encuestas del comportamiento de grupos específicos.

Vigilancia del comportamiento: población general

Se recomienda realizar encuestas de población general siempre que haya una epidemia concentrada. Al igual que en las epidemias bajo nivel, el objeto debe ser determinar la proporción de la población que tiene relaciones sexuales con miembros de grupos específicos con comportamientos de alto riesgo y los

comportamientos que tengan el mayor potencial de impulsar la epidemia.

En las epidemias concentradas, las encuestas de hogar pueden servir para explicar el aumento de la prevalencia del VIH observado por medio de la vigilancia centinela. Al diseñar estas encuestas habrá que tener presente la ubicación y clientela de los sitios centinela. Las muestras se deberán obtener de las zonas geográficas que contienen sitios centinela claves. Para hacer el monitoreo temporal de las tendencias, se recomienda que las encuestas de población general se repitan cada cuatro o cinco años.

Vigilancia del comportamiento: la juventud

Los jóvenes tienen una susceptibilidad especial y son la clave del curso que siga la epidemia del VIH en el futuro. Esta población debe constituir el centro de los mensajes de prevención de todo programa de salud sexual. Dado que la mayoría de las nuevas infecciones afectan a la gente joven, basta que haya pequeños cambios en su comportamiento para que el impacto sobre la epidemia sea significativo. Por lo tanto, se recomienda que, ante una epidemia concentrada, se haga la vigilancia de sus conocimientos, actitudes y comportamiento sexual.

Por lo general, se recomienda que el comportamiento de la juventud se estudie por medio de las encuestas de hogar y se complementen con encuestas de grupos especiales de jóvenes a los cuales no se puede llegar con facilidad por medio de las encuestas de hogar típicas (jóvenes de la calle, usuarios de drogas inyectables).

Los grupos de edad variarán según la situación local. En aquellos países en que la edad de inicio de la relación sexual es alrededor de los 20 o más años, los recursos deberán

concentrarse en el grupo de edad de 20 a 24 años. Por el contrario, donde gran parte de la población ya ha iniciado su actividad sexual a los 15 años de edad, habrá que considerar incluir en las encuestas a los niños de 12 ó 13 años de edad. Un aumento en la edad de inicio de las relaciones sexuales muestra una respuesta a los mensajes de prevención del VIH, de modo que podría ser necesario vigilar el comportamiento tanto de los adolescentes como de los jóvenes adultos. Se recomienda repetir las encuestas en estos grupos cada dos o tres años. El tamaño de la muestra debe ser de 400 a 500 individuos para cada grupo de edad y sexo (hombres y mujeres menores de 20 años y de 20 a 24 años de edad).

6.4.- Recopilación de datos del comportamiento en una epidemia generalizada

En una epidemia generalizada, es posible que los grupos con un grado especialmente alto de comportamientos de riesgo sigan generando nuevas infecciones, pero la diseminación del VIH ya sigue un patrón que supera con creces a los grupos de alto riesgo y sus parejas inmediatas. Cuando la epidemia ya se ha generalizado, normalmente ya se conocen bien los comportamientos de mayor riesgo. La recopilación de datos sobre el comportamiento de manera repetida y sistemática es indispensable para explicar los cambios en la prevalencia y vigilar las conductas a lo largo de tiempo. También será necesario determinar cuáles son los comportamientos que no han sido objeto de prevención o que no han respondido a ella. La investigación cualitativa en estos casos podría dedicarse a explorar el entorno social, económico y cultural que determina quiénes son las personas que siguen

siendo vulnerables a la infección por VIH y por qué.

***Vigilancia del comportamiento:
poblaciones con comportamientos de
mayor riesgo***

Si bien en una epidemia generalizada es importante llevar las actividades de prevención a las personas que tienen un riesgo algo menor de transmitir el virus, los programas nacionales no pueden dejar de lado a los grupos que promueven la diseminación del virus. Los grupos de población que tienen un alto grado de comportamientos de riesgo continúan afectando el curso de la epidemia, aun en los casos en que ésta se ha generalizado. Por ello es indispensable mantener las intervenciones destinadas a esos grupos y, como consecuencia lógica, llevar a cabo la vigilancia de las tendencias de su comportamiento.

En todas las epidemias generalizadas que se conocen al día de hoy, el factor de riesgo más importante en relación con la infección por VIH es la relación sexual con parejas del sexo opuesto. Si bien hay otros grupos que pueden tener un riesgo alto, como son los usuarios de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, la historia muestra que ellos no han contribuido de manera significativa a la epidemia generalizada. En estos casos se recomienda que las encuestas tengan por objeto el monitoreo del comportamiento de los trabajadores sexuales y otros subgrupos de la población general que tienen muchas relaciones con los trabajadores sexuales pero no son fáciles de encontrar por medio de las encuestas de hogares (por ejemplo, trabajadores migratorios estacionales). Las encuestas dirigidas a estos grupos deberán llevarse a cabo una vez al año o cada

dos años, según los recursos de que se disponga.

***Vigilancia del comportamiento:
población general***

En las epidemias generalizadas, es indispensable llevar a cabo encuestas periódicas de la población general para poder explicar el avance de la infección por VIH. Estas encuestas son también un buen instrumento para juzgar el éxito global de la respuesta nacional en apoyo a la adopción de comportamientos más seguros. Se recomienda que estas encuestas se lleven a cabo cada cuatro o cinco años, debido a que los cambios de comportamiento en la población general son más lentos.

La selección de las muestras de la población general debe coordinarse con los sitios centinela clave de la vigilancia de la infección por VIH. Así será posible analizar las tendencias del comportamiento conjuntamente con los datos de prevalencia de la infección entre clientes de las clínicas de atención prenatal para un mismo radio de acción. El análisis por grupo de edad (en lo posible año por año en los grupos más jóvenes) permitirá obtener una mejor interpretación de los cambios observados en la vigilancia de la infección por VIH.

Dada la importancia de la población general para comprender las epidemias generalizadas, se recomienda que, cuando sea posible, las encuestas de hogar obtengan datos sobre el estado de infección por VIH y sobre el comportamiento. Durante las entrevistas se puede obtener muestras de saliva o sangre; estas muestras también pueden obtenerse en clínicas ad hoc donde se hace el diagnóstico y tratamiento de determinadas enfermedades, como las ETS. Este tipo de estudio requiere que los participantes

den su consentimiento informado y reciban orientación antes y después de la prueba de detección del VIH. También es necesario dar orientación ética para garantizar la confidencialidad y la obtención del consentimiento informado.

Vigilancia del comportamiento: la juventud

En las epidemias generalizadas los patrones de comportamiento que se adopten en la juventud son más importantes que nunca en relación con el curso que seguirá la epidemia del VIH. A medida que la epidemia madura y la prevalencia aumenta, la mayoría de las personas expuestas al VIH ya se habrán infectado, ya sea debido a sus propios comportamientos de riesgo o los de su pareja. Por lo tanto, las nuevas infecciones se concentrarán entre la gente joven que ha iniciado su actividad sexual recientemente.

Lo positivo de esta situación es que es más probable que los jóvenes adopten comportamientos más seguros al inicio de su vida sexual que las personas mayores, cuyos hábitos ya están arraigados. En algunos países la juventud constituye el único grupo de la sociedad que señala haber cambiado significativamente su comportamiento en respuesta a la epidemia. En esos mismos países, la prevalencia de la infección por VIH entre la juventud también está disminuyendo de manera más notoria.

Por lo general, el comportamiento de los jóvenes debe estudiarse por medio de las encuestas de hogar y complementarse con estudios especiales de los jóvenes a los cuales es más difícil llegar con esas encuestas (jóvenes de la calle, usuarios de drogas inyectables). Este último grupo normalmente tiene un riesgo más

alto que los jóvenes que viven en un medio hogareño.

Las encuestas entre la juventud deben repetirse cada dos o tres años. El tamaño de la muestra debe ser de 400 a 500 individuos en cada grupo de edad y sexo (hombres y mujeres menores de 20 años y de 20 a 24 años de edad).

Cuadro 6. Datos sobre el comportamiento que es necesario obtener y los métodos a utilizar en una epidemia generalizada

Datos necesarios	Método	Preguntas que responden	Frecuencia	Duración*
Preparación para encuestas del comportamiento en grupos específicos de la población	Elaboración de mapas de la población en riesgo	¿En qué lugares se dan los comportamientos de riesgo? ¿Cuántos individuos se relacionan con cada sitio?	Repetidamente si hay indicación de cambios en el comportamiento	1 mes
Vigilancia del comportamiento	Encuestas repetidas de las poblaciones con comportamientos de más alto riesgo	¿Cuál es la extensión del riesgo en los grupos específicos de comportamiento de alto riesgo? ¿Son comunes las conexiones con la población general? ¿Ha cambiado el comportamiento con el tiempo? ¿Cómo?	1 ó 2 veces al año	3 a 6 meses
	Encuestas repetidas en la población general	¿Cuáles son los comportamientos de riesgo entre la población general? ¿Ha cambiado el comportamiento con el tiempo? ¿Qué comportamientos no han cambiado?	Cada 4 ó 5 años	6 a 9 meses
	Encuestas repetidas entre la juventud	¿Qué comportamientos de riesgo tiene la juventud? ¿A qué edad comienzan? ¿Cómo cambian con el tiempo?	Cada 2 ó 3 años	3 a 6 meses
Explicación de las tendencias de la prevalencia del VIH	Muestras de zonas geográficas que contienen sitios centinela claves, con amplia cobertura geográfica y étnica En sitios específicos, encuestas de hogar con datos sobre estado de infección por VIH	Ejemplo: El descenso observado en la prevalencia del VIH, ¿es el resultado de cambios en el comportamiento? Confirmación serológica de las tendencias informadas por los participantes sobre el comportamiento de riesgo, por grupo de edad y sexo	Al mismo tiempo que las encuestas de hogar	
Análisis del entorno para explicar los comportamientos de riesgo continuos en la comunidad	Diversos métodos, en su mayoría cualitativos	¿Cuáles son los factores sociales, económicos y culturales que sostienen los comportamientos de riesgo? ¿Cómo se pueden cambiar para que los comportamientos mejoren? ¿Qué pueden hacer las comunidades para afectar estos factores determinantes?	Una vez. Comunidades específicas	

*Duración: Incluye todas las etapas de la investigación o encuesta, desde la preparación hasta los resultados.

7

Los pasos siguientes

Los datos sobre el comportamiento no tienen mucho valor si no se utilizan en beneficio de las personas que los aportaron. La justificación para recopilar este tipo de información ya se dio al principio de este documento. En esta sección se describen los usos específicos de los datos después de haberse recopilado y analizado.

Estímulo al nivel de decisión para que dé su apoyo y promueva la prevención del VIH

No es necesario tratar de convencer a los funcionarios de salud pública de la importancia de dedicar tiempo y recursos para prevenir la infección por VIH. No obstante, la situación es distinta en el caso de funcionarios con cargos directivos en otros sectores que tienen que hacer frente a sus propias presiones.

En los primeros estadios de la epidemia, los datos fidedignos sobre el comportamiento pueden servir para llamar la atención a la posibilidad de que el VIH se disperse y para estimular a los funcionarios que tienen la responsabilidad de sentar políticas a que tomen acciones para prevenir la diseminación de la infección. No obstante, estos datos sólo serán eficaces si se presentan en un lenguaje que sea comprensible para los políticos y que les permita la posibilidad de dar respuesta al problema. La mejor manera de presentar los datos sobre el comportamiento difiere según el público

al que se dirijan: el ministro de educación tendrá interés en el conocimiento y las actitudes de los jóvenes; por su parte, el ministro de trabajo querrá saber la magnitud de los comportamientos de riesgo entre la población adulta de las zonas urbanas. Al ministro de hacienda le llamarán profundamente la atención las consecuencias financieras de tener que dar atención de la salud en el caso en que 10% de las personas con comportamientos de riesgo se contagien con el VIH.

Una estrategia global de prevención de la infección por VIH requiere que se disponga de datos de la población general y de grupos con alto riesgo de infectarse y de contagiar a otros. Cuando se cuenta con una combinación de datos de estos grupos, mejora el conocimiento sobre quiénes son las personas que tienen mayor riesgo y cómo evolucionan los patrones de riesgo, si es que cambian. En otras palabras, la información sobre la población general sirve para conocer el grado de riesgo que enfrenta la población como un todo, mientras que

los datos de los grupos con comportamientos de alto riesgo proporcionan información más inmediata sobre los subgrupos que más influyen en el curso de la epidemia.

Una de las maneras más eficaces de obtener más recursos para llevar a cabo actividades de prevención es demostrando que los comportamientos efectivamente cambian como resultado de las intervenciones, tanto en los grupos con comportamientos de alto riesgo como en la población general. A los funcionarios que tienen el poder de decidir la distribución de los recursos y la dirección del programa hay que mostrarles los datos sobre los cambios de comportamiento a lo largo del tiempo de manera sencilla y rápida.

Conciencia pública de la amenaza que representa el VIH

En muchos casos, las epidemias generalizadas lograron su estado actual debido a que la población general no sabía o no quiso creer que se encontraba en riesgo de contraer la infección. Tanto las encuestas sobre el comportamiento de la población general como las de grupos específicos pueden servir para demostrar cuán extendidos están aún los comportamientos de riesgo. Si los resultados de estos estudios se presentan a diversas audiencias a través de los medios de difusión masiva u otros, servirán para crear mayor conciencia de los riesgos que conllevan las relaciones sexuales sin protección, sea quien sea la pareja.

También es importante que la gente conozca las tendencias del comportamiento a lo largo del tiempo. El hecho de conocer que otras personas están adoptando comportamientos más seguros puede ayudar a reforzar el cambio de conducta, especialmente entre los jóvenes, que responden mejor a la presión del grupo. Es así que la

difusión dirigida de los datos del comportamiento pertinentes a ciertas comunidades puede acentuar la eficacia de las actividades de prevención a lo largo de tiempo.

Solicitud de apoyo de fuentes ajenas al gobierno

Los datos sobre el comportamiento sirven para mostrar el éxito de las actividades de prevención y para destacar las necesidades de los programas. Si la información se presenta de manera adecuada a la empresa privada, organizaciones de desarrollo e instituciones internacionales de financiamiento, es posible movilizar recursos adicionales para las actividades que no estaban cubiertas por los planes de gastos gubernamentales.

Mejoramiento de los programas de prevención

A medida que evoluciona el panorama de los comportamientos de riesgo, será posible señalar cuáles conductas han cambiado como resultado de los programas de prevención y cuáles aún permanecen arraigadas. La información servirá y deberá usarse para mejorar los programas de prevención. Los conjuntos de actividades que parecen asociarse con cambios en los comportamientos de ciertos subgrupos de la población deberán mantenerse y ampliarse. Cuando haya pruebas de que algunos comportamientos no han cambiado a pesar de las actividades que promueven opciones más seguras, será necesario adoptar nuevas estrategias, quizás prestando más atención al medio social o económico que determina que la gente se comporte de cierta manera.

8

La recopilación permanente de datos sobre el comportamiento a lo largo del tiempo

Si bien los estudios transversales sobre el comportamiento proporcionan datos útiles para determinar quiénes tienen mayor riesgo de infección y por qué, la información que muestra tendencias temporales del comportamiento sirve para explicar los cambios de la epidemia y mostrar el éxito de las actividades de los programas nacionales para reducir los comportamientos de riesgo.

Con el fin de garantizar la sostenibilidad, es necesario contar con la experiencia y conocimientos locales para llevar a cabo las encuestas. En los casos en que sea necesario, habrá que dar capacitación en ciertas instituciones nacionales que tienen el potencial de implantar y mantener los sistemas de información recomendados. Estas instituciones pueden ser ministerios de gobierno, cátedras universitarias, empresas privadas u organizaciones no gubernamentales.

El proceso de institucionalizar la capacidad local de recopilar información es indispensable para garantizar la calidad y la sostenibilidad de las actividades de monitoreo y evaluación de los programas.

Bibliografía

Evaluación rápida/investigación cualitativa:

Organización Mundial de la Salud/ Programa de Abuso de Sustancias: The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (Eds.: Stimson GV, Fitch C, and Rhodes T). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.

Family Health International/ AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project: Qualitative Methods for Evaluation Research in HIV/ AIDS Prevention Programming. Evaluation Tools Module 5. Arlington, Virginia: Family Health International; 1996.

Family Health International/ AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project: Conducting Effective Focus Group Discussions. Evaluation Tools Module 2. Arlington, Virginia: Family Health International; 1994.

Organización Mundial de la Salud/Programa Mundial del SIDA: Training Manual on Focus Group Discussions in KABP and Partner Relations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1990.

Organización Mundial de la Salud/Programa Mundial del SIDA: Guidelines on Qualitative Studies about KABP and Partner Relations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1990.

Organización Mundial de la Salud/Programa Mundial del SIDA: Guidelines on Quatitative Studies on Drug Injecting Behaviour.; Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1990.

Diseño de encuestas/muestras/cuestionarios:

Organización Mundial de la Salud/Programa Mundial del SIDA: Evaluation of a National AIDS Programme: A Methods Package. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1994.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: Best Practice Collection. Key material. A questionnaire for tracing sexual network. Ginebra, 1998.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud: Guías de vigilancia del VIH de segunda generación. La próxima década Ginebra, 1998.

Family Health International/ AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project: HIV Risk Behavioral Surveillance: Methodology and Issues in Monitoring HIV Risk Behaviors. Workshop Summary. Bangkok, Thailand: Family Health International; 1997.

Mills S, Saidel T, Bennett A, Rehle T, Hogle J, Brown T, Magnani R: HIV risk behavioral surveillance: a methodology for monitoring behavioral trends. *AIDS* 12 (suppl. 2): S37-S46, 1998.

United Nations/Department for Economic and Social Information and Policy Analysis: National Household Survey Capability Programme: Sampling Rare and Elusive Populations. New York: United Nations; 1993.

Family Health International/
HIV/AIDS Prevention and Care
Department: Survey Measurement and Sampling Guidelines for Repeated Behavioral Surveys. Arlington, Virginia: Family Health International; 1999.

Family Health International/
HIV/AIDS Prevention and Care
Department: Questionnaires for HIV/AIDS/STD Behavioral Surveys in Selected Population Groups. Arlington, Virginia: Family Health International; 1999.

Caraël M. Sexual behaviour. In *Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World*. (Eds: Cleland J and Ferry B). London: Taylor and Francis; 1995, pp. 75-123.

Konings E, Bantebya G, Caraël M, Bagenda D, Mertens T: Validating population surveys for the measurement of HIV/STD prevention indicators. *AIDS* 9:375-82, 1995.

Mehret M, Mertens T, Caraël M, et al. Baseline for the evaluation of an AIDS programme using prevention indicators: a case study in Ethiopia. *Bulletin of WHO* 74:509-516, 1996.

Mertens T and Caraël M. Evaluation of HIV/STD prevention, care and support: an update on WHO's approaches. *AIDS Education and Prevention* 9:133-145, 1997.

Anexo

Elementos que contribuyen al costo de las encuestas

Diseño de la encuesta

- Tamaño de la muestra por grupo y por región
- Número de poblaciones objeto seleccionadas
- Número de conglomerados de encuesta (dispersión o concentración)
- Tiempo de traslado entre una zona de estudio y otra

Tiempo destinado a la fase preparatoria

- Disponibilidad de un marco muestral (¿Está actualizado el marco muestral? ¿Hay mapas? ¿Hay cálculos recientes del tamaño de la población y los subgrupos?)
- Traducción de los cuestionarios y número de idiomas a los que hay que traducir
- Ensayo e impresión de los cuestionarios
- Elaboración de guías para entrevistadores y supervisores
- Contratación y capacitación del personal de campo
- Especificaciones para el manejo de los datos

Tiempo destinado al trabajo de campo

- Número de entrevistas
- Número de entrevistadores
- Número de entrevistas diarias (determinado por la longitud del cuestionario y el tiempo destinado a la entrevista)

- Número de conglomerados
- Número de repeticiones
- Tiempo destinado al traslado

Digitación de los datos, análisis y elaboración del informe final

- Equipo de computación
- Número de digitadores
- Impresión y distribución del informe final
- Suministros de oficina

Personal

- Salarios (por tipo de personal)
- Viáticos o subsidios

Transporte

- Número de conductores
- Vehículos y otros medios de transporte
- Combustible
- Mantenimiento

En la mayoría de los estudios los gastos más grandes son de transporte y personal.

Una encuesta de hogar de la población general en los países ubicados al sur del Sahara tiene un costo de US\$ 40.000 a \$60.000, según las localidades que se incluyan (dos zonas urbanas o una zona urbana y una rural). Por lo general no se recomienda realizar estudios a escala nacional.

Los costos de las encuestas repetidas entre grupos de población con comportamientos de alto riesgo varían bastante según el número de grupos objeto y las zonas del estudio. Por ejemplo, una ronda de encuestas de comportamiento en tres grupos

específicos de población realizados en dos zonas geográficas puede costar entre \$25.000 y \$35.000 en los países ubicados al sur del Sahara.

Otra información pertinente a las encuestas

En muchos países se han llevado a cabo Encuestas Demográficas y de Salud (DHS-II y III) con módulos sobre SIDA y submuestras de hombres. Entre los países se encuentran Burkina Faso, Malawi, Senegal, Tanzania, Benín, la República del África Central, Chad, Eritrea, Kenya, Mali, Niger, Uganda y Zambia.

La lista de países donde se ha llevado a cabo este tipo de encuestas puede verse en Internet en la siguiente dirección de DHS+:

<http://www.macrint.com/dhs>

La persona a contactar es:

Martin Vaessen, Director de Proyecto
Macro International Inc.

11785 Beltsville Drive

Calverton, MD 20705

Estados Unidos de América

Teléfono: (301)572-0200

Fax: (301) 572-0999

Correo electrónico:

vaessen@macrint.com

Las EpiNotas de ONUSIDA y la OMS tienen por objeto obtener la información más reciente de cada país sobre la prevalencia del VIH y el SIDA, conjuntamente con información sobre el comportamiento. Más de 140 países han dado información correspondiente a la vigilancia serológica, encuestas del comportamiento y otros estudios. Para mayores detalles sírvase contactar a:

Grupo Mundial de Trabajo de
ONUSIDA/OMS sobre VIH/SIDA y
ETS

20, Avenue Appia

CH-1211 Ginebra 27

Suiza

Fax: (41 22)791-4878

Correo electrónico:

surveillance@unaids.org

<http://www.unaids.org> o

<http://www.who.ch/emc/diseases/hiv>

Agradecimientos

Este documento resume diversos talleres regionales que se llevaron a cabo en 1997 en Nairobi, Kenya; Bangkok, Tailandia; Berlín, Alemania y Oxford, Reino Unido. Los resultados de esos talleres proporcionaron la base para la discusión y elaboración de este documento. Se agradece a los siguientes participantes por su valiosa contribución: Karen Stanecki, Ties Boerma, Ann Blanc, Lisanne Brown, Joseph Amon y Robert Magnani.

**Organización Panamericana
de la Salud
Oficina Sanitaria, Oficina
Regional de la Organización
Mundial de la Salud**

525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, EUA
Teléfono: (202) 974-3000
Fax: (202) 974-3695
URL: www.paho.org

**Proyecto Implementing AIDS
Prevention and Care (IMPACT)**

Family Health International
2101 Wilson Boulevard, Suite 700
Arlington, VA 22201, EUA
Teléfono: (703) 516-9779
Fax: (703) 516-9781
URL: www.fhi.org

**Programa Conjunto de las Naciones
Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA)**

20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza
Teléfono (41 22) 791-4651
Fax: (41 22) 791-4187
Correo electrónico: unaids@unaids.org
URL: www.unaids.org